

Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assinatura Por 1 anno \$0\$000. Por 2 annos \$0\$000

Vol. XXXI

Janeiro de 1936

N. 1

O conceito hodierno da insufi- ciência hepática em clínica (*)

Dr. Mendonça Cortez

Chefe de Clínica Médica do Hospital da Beneficência
Portuguesa de S. Paulo.

1.º — O CONCEITO DA INSUFICIÊNCIA HEPATICA

Para justa utilização na prática diária, o conceito clínico da insuficiência hepática necessita em primeiro lugar ser precisado. Com efeito, ao versarem-se os Autores que do assunto se ocupam, principalmente os tratados clássicos, verificam-se desde logo divergências enormes quanto ao que cada um compreende sob a rubrica *insuficiência hepática*. Alguns alargam-lhe extraordinariamente os limites, de molde a lhe darem papel imenso na patologia, nela enquadrando desde a icterícia grave até aos estados alérgicos (urticária), passando pelas antigas diáteses (artrismo), distonias vago-simpáticas (asma), fazendo mesmo ressurgir doutrinas humorais (hepatismo de Glénard), ou por ela pretendendo explicar problemas de psiquiatria (neuroses). Outros, ao contrário, buscam polo oposto negando qualquer valor prático, senão ao próprio conceito de insuficiência hepática, pelo menos às provas funcionais em que procura basear-se a Clínica para o seu diagnóstico. Outros ainda buscam derimir a dúvida pelo desdobrar do quadro, procurando estabelecer, em face à insuficiência hepática, por analogia a glândulas endócrinas, um quadro oposto, o de exagêro de funcionamento ou hiperati-

(*) Conferência na Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa de S. Paulo em sessão de 22 de Setembro de 1935.

vidade, o do *hiper-hepatismo*, embora as demonstrações de ordem prática experimental lhe sejam desfavoráveis pela não confirmação. Alguns pretendem mesmo admitir ainda um terceiro quadro, o do funcionamento alterado ou pervertido, isto é, o *dishepatismo*.

A moderna corrente da fisio-patologia clínica, aliando provas experimentais in anima vile, á interpretação dos quadros mórbidos observados no homem e aos dados obtidos com o perquirir apropriado das funções no individuo são e no doente, procurou derimir a contenda, estabelecer o verdadeiro quadro da insuficiência hepática, recorrendo a métodos rigorosos de observação científica. Ora, seguindo o que se faz para as glândulas endócrinas, consistiria o método científico em:

- a) — estudar os efeitos da ablação do órgão no animal;
- b) — estudar os efeitos dos produtos de secreção do órgão normal sôbre os sintomas decorrentes da carência do mesmo.

Mas, se o método é justo e de aplicação grata no estudo das glândulas de secreção interna, já no caso do fígado se mostra falho pelas dificuldades particulares que aí surgem:

- a) — Em primeiro lugar, o fígado não é propriamente um órgão de secreção interna, mas antes um órgão de função interna ou interior — quer dizer, para as suas grandes funções não lança na circulação hormônios cuja ação se vá desenvolver no meio sanguíneo ou em ponto distante, mas ao contrário os produtos ativos secretados pelas suas células nobres agem dentro dessas próprias células. Portanto, se retirado o órgão, retiram-se ipso-facto não só o hormônio mas ainda o seu foco de ação.

- b) — As experiências de hepatectomia são ainda de tal forma chocantes, a sobrevida alcançada é tão curta, o choque é tão brutal, que dificilmente o quadro verificado poderá ser comparado ao que se nos depara na Clínica de sideração progressiva ou mesmo súbita do órgão. Quer dizer, desde logo se compreende ser ousado concluir-se do quadro “fígado ausente” para o quadro “fígado presente”, embora mesmo totalmente insuficiente a glândula jecoral.

- c) — Ainda, a complexidade e a importância fundamental das funções do fígado, a interdependência dessas funções com as de outros órgãos e a interferência das destes para com as daquele, mostram o cuidado com que devem ser estudados, esmiuçados e interpretados os sintomas presentes, quer na insuficiência experimental, quer particularmente na insuficiência no organismo doente, caso este último em que só uma análise clínica absolutamente rigorosa permitirá avaliar a parte a responsabilizar a cada órgão pela falência de determinada função.

- d) — De tudo isso decorre não se poder, já a priori, pretender se superponham ou se decalquem os quadros da insufi-

ciência experimental e da insuficiência clínica, embora o estudo de um ajude ao estudo e à interpretação de outro.

Feitas essas restrições, vejamos esses quadros.

a) — *Quadro da hepatectomia total.*

Deixando de lado as antigas experiências em animais de sangue frio, interessam particularmente à Clínica os estudos dos fisiólogos americanos (escola de Mann e Magath), que conseguem com técnica original a sobrevida de mamíferos até durante 14 e mais horas. O quadro que então se observa é essencialmente o seguinte:

a) — Queda progressiva da *glicemia*, apesar das injeções de glicose que é mister fazer para prolongar a sobrevida do animal, mas que por fim acarreta a morte não obstante aquelas. É essa hipoglicemia progressiva a conseqüência mais característica, o sintoma verdadeiramente capital da hepatectomia. Se praticada antes a esplenectomia, a hipoglicemia é muito menos pronunciada.

b) — Quanto aos *albuminóides*, estes devem ser estudados em si e em seus produtos de degradação.

As *albuminas totais* do sangue baixam em geral, mas essa baixa tem sido atribuída à grande expoliação sanguínea operatória. É importante notar-se não se terem assinalado alterações do *coeficiente S/G* (relação quantitativa entre serina e globina do soro), embora se tenha pretendido caber ao fígado papel importante na elaboração quer da serina, quer da globulina.

A *urêia* apresenta sempre queda importante na sua taxa no sangue, nos tecidos e na urina. A nefrectomia concomitante não eleva a taxa da uréia, o que mostra ser realmente o fígado o órgão encarregado da uréiopoiése.

Ao contrário e como conseqüência, aumentam no sangue os *amino-ácidos* e os *polipeptídeos*.

O *ácido úrico* aumenta no sangue e na urina, e se injetado no sangue aparece na urina por faltar o seu órgão destruidor.

c) — Quanto à *biligênese*, as experiências de Mann e Magath são altamente interessantes por mostrarem no animal, a seguir à extirpação do fígado, um aumento da bilirrubina sanguínea. A primeira vista constituem mesmo uma demonstração da realidade da bilirrubinogênese extra-hepática. Mas, se essa bilirrubinogênese extra-hepática por tal se afirma, simultaneamente se afirma também a sua diferença para com a bilirrubinogênese hepática, a pequena importância daquela em relação a esta: com efeito, não só é pequeno, diminuto mesmo, o aumento da bilirrubinemia após a hepatectomia, como ainda essa bilirrubina difere por certas reações da bilirrubina hepática. E aí, a observação experimental e a observação clínica nos permitem imedia-

tamente distinguir dois quadros, do mais alto interesse para o estudo das ictericias em Clínica:

a) — De um lado o quadro da icterícia fígado ausente (digamos fígado não participante), icterícia frusta, tão frusta que por vezes não chega a ser perceptível senão pela dosagem da bilirrubina sanguínea e ainda icterícia puramente pigmentar.

b) — De outro lado o quadro da icterícia por obstrução ou ligadura do colédoco, ou melhor ainda de ligadura do colédoco com injeção no sangue da bile obtida por fístula do cístico — icterícia total, completa, de grande intensidade.

Esses dois quadros de icterícia mostram bem a importância primacial da bilirrubinogênese hepática, mínima a da bilirrubinogênese extra-hepática em geral.

E' muito interessante o facto, demonstrado por Fiessinger, de a esplenectomia prévia determinar o não aumento da bilirrubinemia, o que vem provar o papel do baço na bilirrubinogênese extra-hepática, e portanto o seu possível papel na gênese de certas ictericias. Altamente interessantes são também os recentes estudos de Florentin sobre a bilirrubinogênese, mostrando a complexidade do mecanismo e a comparticipação necessária do fígado.

C) — No estudo da *função sanguínea*, é interessante notar-se não modificar a hepatectomia de forma alguma a *coagulabilidade* do sangue.

b) — *Quadro da hepatectomia parcial.*

As experiencias de hepatectomia parcial têm contra si a grande capacidade de regeneração do parênquima hepático. Se muito extensa a ressecção, cai-se no quadro da hepatectomia, reduzidos os sintomas.

c) — *O quadro da insuficiência hepática fígado presente.*

Baseia-se o seu estudo em experiencias em animais e na observação do homem doente. Naturalmente valem as ressalvas já antes feitas mostrando a necessidade de crítica severa dos dados colhidos e factos observados (funções de outros órgãos, associações mórbidas, etc.). Feita essa crítica, observa-se:

A) — *Metabolismo dos açúcares* — E' aqui que surge a diferença essencial entre o quadro da hepatectomia e o da insuficiência clínica: se naquela a hipoglicemia progressiva é o sintoma dominante, nunca ela se observa na patologia hepática humana. Com efeito, apenas na atrofia amarela e em certas infeções ou intoxicações graves se encontram taxas de glicemia caindo a 0,80 ou 0,70 por litro. Repitamos: o sintoma carateris-

tico da insuficiência hepática por hepatectomia, isto é, a hipoglicemia progressiva, nunca se observa na insuficiência hepática em Clínica. Mais ainda, a hipoglicemia que por vezes se encontra em quadros clínicos da patologia humana é em geral atribuível a outros mecanismos (hiperinsulinismo, hipersuprarrenalismo, hiperatividade muscular, etc.) e só raramente relacionável a uma insuficiência hepática.

Mas, se a *determinação da glicemia* é assim desapontadora para o estudo clínico da insuficiência hepática, é-o apenas se nos referirmos à *glicemia espontânea*. Se porém estudarmos as variações da glicemia após a ingestão de açúcares, ou *glicemia provocada*, já ela nos fornecerá dados importantes: é assim que, dosada a glicose do sangue em tempos sucessivos, após a administração de glicose per os (*prova de M. Labbé*), obteremos nos insuficientes do fígado um aumento da área do triângulo de hiperglicemia consequente, em relação ao apresentado por indivíduo com fígado normal, aumento à custa da base e da altura (hiperglicemia mais duradoura e cifra mais alta atingida), aumento acompanhado possivelmente de glicosúria.

A hiperglicemia provocada pode também ser estudada nos hepáticos, não pela ingestão de açúcares, mas pela injeção de adrenalina (*prova de Kugelmann*), mas aí o princípio é totalmente diverso: ao passo que a prova de Labbé estuda o poder de fixação do açúcar em excesso pelo fígado, procura ver a prova de Kugelmann como realiza o fígado a transformação em glicose do glicogêneo nele armazenado sob a solicitação da adrenalina. A prova de Kugelmann, pretendendo pôr em prática um dos elementos do mecanismo de regulamentação do metabolismo da glicose no organismo, o aumento obtido da glicemia sendo tanto menor quanto mais insuficiente fôr o fígado, vem estabelecer uma ligação entre a hepatectomia e a insuficiência clínica (hipoglicemia espontânea na primeira, menor variação na segunda), permitindo sustentar uma comparticipação hepática em casos clínicos de hipoglicemia espontânea.

Mas a insuficiência hepática tem sido estudada particularmente em Clínica no que diz respeito ao metabolismo dos açúcares, através da dificuldade na fixação destes: administrados per os, em certas doses, o seu aparecimento na urina traduziria a incapacidade do organismo em os fixar, por insuficiência da glândula hepática, excluídos os casos de diabetes. Estudaram-se particularmente os vários açúcares, procurando-se ver qual o menos influenciado em sua travessia do organismo por fatores outros além da atividade hepática. Em tal sentido se afigura atualmente como mais apropriado a *galactose*, como veremos dentro em pouco, particularmente se estudada a sua eliminação fracionada, como preceitua Thiébaud.

B) — *Metabolismo dos protídeos* — O estudo do metabolismo dos protídeos na insuficiência hepática necessita ainda ser continuado.

Quanto às *albuminas*, se alguns autores pretenderam fazer da *relação S/G*, ou mais propriamente da inversão desse coeficiente, um sinal de insuficiência hepática, em seguida aos estudos de Wallich sobre a sua síndrome das albuminas sanguíneas nos cirróticos (hipoproteinemia por hiposerinemia, com inversão da relação serina globulina, isto é, inferior a 1), no entanto essa afirmativa não pode ser aceite. Aqui mesmo, na Beneficência no nosso Serviço de Clínica Médica, demonstrou o Dr. J. M. Rossi que a inversão de S/G não corre por forma alguma de par com os outros sinais de insuficiência hepática, encontrando-se indiscutivelmente em casos em que esta de forma alguma existe, embora seja sempre um sinal de mau prognóstico.

Mais característico da insuficiência hepática é o aumento dos *polipeptídeos* e dos *amino-ácidos* do sangue, responsável provavelmente por sintomas tóxicos no decurso de insuficiências graves, em particular para o lado do sistema nervoso. Esse aumento é facilmente traduzido pela relação no sangue do Az polipeptídico ao Az total não protéico (*índice de clivagem* de Fiessinger).

Quanto à baixa da *uréia sanguínea*, traduzida também por vários coeficientes sanguíneos (Az residual de Chauffard e Brodin, azotêmico de Labbé) e urinários (azotúrico, de imperfeição ureiogênica, etc.), é dado certo. No entanto, é preciso não esquecer que casos de hiperazotemia têm sido descritos ultimamente em hepáticos, sem a menor causa renal, parecendo mesmo que tais uremias sejam causadas apenas pela própria insuficiência hepática.

Como a insuficiência hepática se pode acompanhar de *acidose*, é possível encontrar-se aí também um excesso de amoníaco, engendrado em parte por esta.

C) — *Biligênese* — A bilirrubina sanguínea se encontra frequentemente aumentada na insuficiência hepática. Daí porém, a querer afirmar-se ser o aumento da bilirrubina no sangue, ou a icterícia em geral (pois que esta é a tradução aparente desse aumento, desde que atingida certa intensidade), há grande distância. Com efeito, a taxa da bilirrubina sanguínea, sem querer discutir qual o seu lugar de formação (intra ou extra-hepática), depende:

a) — da quantidade de pigmentos (hemoglobina) transformáveis em bilirrubina — *fator sanguíneo*;

b) — atividade da célula hepática para a excreção da bilirrubina preformada no sangue (teoria da bilirruginogênese extra-hepática, e nesta haveria então a considerar um *fator retículo-endotelial*, e de particular importância um *fator esplênico*), ou prin-

principalmente para a formação da bilirrubina à custa dos pigmentos hemoglobínicos (teoria da bilirrubinogênese hepática) — portanto *fator hepático*;

c) — da permeabilidade das vias biliares, isto é, do livre esvaziamento da bile para o intestino — portanto *fator biliar*.

Da consideração desses três fatores, das variações patológicas isoladas de cada um (embora seja difícil na prática que a alteração de um não repercuta sobre o funcionamento dos outros), a divisão primeira das hiperbilirrubinemias, isto é, das icterícias em: — *hemolíticas* (fator sanguíneo), *citolíticas* (fator hepático) e *colostáticas* (fator biliar).

Vê-se portanto imediatamente que, só excluída que pudessem ser pelos dados clínicos ou provas funcionais, a perturbação dos fatores sanguíneo e biliar, poderia uma hiperbilirrubinemia ser considerada como oriunda do fator hepático. Mas assim mesmo, reconhecida a causa propriamente hepática de uma hiperbilirrubinemia (icterícia), isso não significaria indicar ela certamente uma insuficiência hepática e muito menos da intensidade daquela se poder ou pretender inferir a gravidade desta. Teoricamente só a doutrina da bilirrubinogênese extra-hepática poderia afirmar tal relação: a célula hepática retiraria do sangue tanto menos bilirrubina quanto mais insuficiente fôsse. Ao contrário, não se poderia conceber pela doutrina da bilirrubinogênese hepática fabricar uma célula doente mais bilirrubina do que uma célula sã ou normal. Mas a própria clínica demonstra não haver relação entre intensidade de icterícia e grau de insuficiência hepática, pelo apresentar de afecções benignas com icterícia muito intensa (icterícia catarral benigna) e afecções gravíssimas com icterícia insignificante ou nula (cirroses, degeneração hepática em tuberculosos, atrofia amarela) e, ainda mais, o regressar freqüente da icterícia a par do agravar-se da afecção hepática.

E' o que Fiessinger procura explicar com a sua *teoria da efração*: — a icterícia resultaria de efrações celulares, isto é, de aberturas de pertúitos, pela destruição de células hepáticas, fazendo comunicar o capilículo biliar com o sanguíneo, derivando portanto viciosamente a corrente biliar por simples perturbação mecânica. A icterícia traduziria pois a atividade das células hepáticas conservadas e o seu declínio indicaria ou a reparação das efrações anteriormente havidas (prognóstico bom), ou ao contrário como mau prognóstico o aniquilamento total das células hepáticas restantes.

D) — *Função cromagoga* — A propriedade que tem o organismo de eliminar quasi que exclusivamente pela bile certas substâncias corantes introduzidas artificialmente no sangue cons-

titue o principio do método de exploração da função cromagoga. Utilizam-se particularmente para o caso a bilirrubina e a rosa de Bengala. Naturalmente que ainda aqui o fator biliar (escoamento) pode mascarar o fator hepático, como no caso da interpretação da bilirrubinemia. Demais, como veremos, em todos os casos de icterícia ficam essas provas prejudicadas.

E) — *Função sanguínea* — As hemorragias dos hepáticos, tão frequentemente assinaladas em Clínica, contrastam com o observado nas experiências de hepatectomia, quanto à normalidade da coagulabilidade sanguínea.

Sob o ponto de vista clínico, as hemorragias nos hepáticos se dariam por três causas diferentes:

a) — por pressão venosa exagerada — varizes esofagianas nos cirróticos;

b) — por diátese hemorrágica — púrpuras, equimoses, hemorragias múltiplas. Neste grupo, aliás raro de encontrar, haveria um aumento do tempo de coagulação e do tempo de sangramento;

c) — por efeito de rupturas capilares, devidas essas a uma fragilidade capilar especial aos hepáticos em geral, mais particular ainda aos cirróticos (meiopragia capilar de Fiessinger).

F) — *Outras funções* — Várias provas funcionais outras têm sido propostas para o estudo de outras funções do fígado, mas a sua enumeração seria fastidiosa e parece-nos sem proveito prático por enquanto o seu estudo.

d) — *O conceito da assinergia funcional*

O estudo da insuficiência hepática, feito através dos resultados da hepactetomia em mamíferos e particularmente através de observações experimentais e dados clínicos, mostra só ser possível o conceito da insuficiência hepática se baseado na doutrina da assinergia funcional: — a falência da atividade hepática nem sempre atinge todas as funções do órgão, antes essa insuficiência total poucas vezes se observa, só em casos graves e extremos; o que se observa com muito maior freqüência, desde que a insuficiência não seja excessivamente grave, é a falência de uma função com conservação de outras, e o comprometimento destas só ulteriormente virá a dar-se com o progredir do mal. Daí a necessidade de recorrer na prática clínica a provas variadas, consultando diversas funções, e particularmente as funções que mais fácil e precocemente soem alterar-se. Veremos agora, em resumo prático, quais sejam essas e como mais facilmente possam ser consultadas.

2.º — TÉCNICAS DE EXPLORAÇÃO CLÍNICA E RESULTADOS

I — FIGADO BILIAR

A) — *Função biliar* — O estudo da função biliar deverá naturalmente ser feito através da dos elementos essenciais da bile: pigmentos e ácidos biliares e colessterina. Desses três elementos, a colessterina tem em seu metabolismo fatores outros de grande importância além do fígado de modo a ter hoje pequeno valor semiótico quanto à atividade hepática, os ácidos biliares são de dosagem ainda difícil e imprecisa, sendo portanto de maior valor prático e mais fácil o estudo dos pigmentos biliares.

Podem os pigmentos biliares ser estudados no líquido duodenal ou nas fezes, na urina e no sangue. Acreditado hoje geralmente pequeno o valor do seu estudo nas fezes, tardio o seu aparecimento na urina, ressentindo-se de inconvenientes práticos e falhas sérias a intubação duodenal, é o estudo dos pigmentos biliares no sangue o melhor meio de investigação da função biliar.

Para interpretação porém das taxas de bilirrubina, no sangue, lembremos ainda mais uma vez os três fatores essenciais da bilirrubinemia (sanguíneo, hepático e biliar) pois que o seu esquecimento poderá levar a erros crassos de interpretação: considerar como índice de insuficiência hepática a hiperbilirrubinemia de uma anemia perniciosa progressiva (fator sanguíneo) ou de uma obstrução calculosa do colédoco (fator biliar puro, pelo menos em início do processo).

Mas se para a interpretação de uma dada bilirrubinemia se não esquecerem esses três fatores principais, e bem balanceados fossem em cada caso em aprêço, poderá ser dos mais úteis o estudo da bilirrubinemia. Com efeito, existe uma taxa normal de bilirrubina sanguínea, variando apenas dentro de limites estreitos em condições normais: — segundo nossas dosagens (estatística em mais de 800 casos), oscila entre 2 e 3 miligramas por litro (método de van den Bergh, variante de Pons e Esquerdo), sendo francamente anormais taxas inferiores a 2 mgms. ou superiores a 4 mgrs. Daí uma primeira conclusão: se há hiperbilirrubinemias patológicas, há também *hipobilirrubinemias* igualmente patológicas, mas estas têm sido ainda pouco estudadas (anemias secundárias, estados caquéticos, insuficiência hepática muito grave) e o seu valor semiótico é ainda pequeno.

Ao contrário, nas *hiperbilirrubinemias*, fornece o estudo da bilirrubina sanguínea indicações preciosas:

a) — Diagnóstico de sintoma — permitindo afirmar as icterícias latentes (doenças infecciosas, intoxicações, colecistites, cirroses em início, meiopragias hepáticas, anemia de Biermer. etc.),

e excluir as falsas icterícias (carotinemia, anemias, colorações medicamentosas ou acidentais).

b) — Diagnóstico de síndrome — isto é, da variedade de icterícia (hemolítica, hepática ou biliar), quer pelo simples estudo qualitativo da bilirrubina (reações direta imediata ou retardada e indireta de van den Bergh), quer pela dosagem da bilirrubina direta e indireta (índices de Varella e de De Castro), quer pela ação dos açúcares sobre a curva bilirrubinêmica (prova de Jacoby — a ingestão de açúcar aumenta a taxa de bilirrubina nas icterícias por hepatite, fica essa estacionária nas icterícias de origem biliar ou angiocólicas).

c) — Estudo rigoroso da evolução de uma icterícia dada, quer pelos simples dados da bilirrubinimetria comparados quando obtidos em tempos sucessivos, quer melhor pelas ótimas indicações fornecidas pelo coeficiente de adsorção de Weltmann e Jost (particularmente no caso das grandes icterícias hepato-biliares).

d) — Finalmente quanto a prognóstico pelo cotejar dos dados sucessivos da bilirrubinimetria com os das outras provas funcionais do fígado.

B) — *Função cromagoga* — Têm sido utilizadas especialmente a prova da hiperbilirrubinemia provocada e a da Rosa de Bengala.

1.º — *Hiperbilirrubinemia provocada* — Fica de lado a *prova de Drouet*, em que a hiperbilirrubinemia é provocada pela esplenocontração conseqüente a uma injeção de adrenalina, prova só possível em laboratório dispondo de meios muito rigorosos para a dosagem da bilirrubina sanguínea (fotômetro), por pequenas as diferenças. Demais, depende ainda a prova simultânea e essencialmente do funcionamento do baço.

Mais prática é a *prova de von Bergmann e Eilbott*, que consiste em dosar-se a bilirrubina sanguínea, injetar-se a seguir uma certa quantidade de bilirrubina pura e verificar-se após certo tempo qual a nova taxa de bilirrubina no sangue, daí se deduzindo o grau da atividade excretora da célula hepática. Tem contra si a prova a dificuldade, entre nós, de se encontrar a bilirrubina pura, além de certas reações gerais que por vezes determina.

2.º — *Rosa de Bengala*. — Esta prova, introduzida na prática por Fiessinger, é de execução fácil, sem inconvenientes e dá resultados interessantes. Consiste em injetar, por via venosa, 1,5 miligramas de Rosa de Bengala pura ("para oculística", da casa Kuhlmann) por kilo de peso do indivíduo em exame (diluído o corante em soro fisiológico na proporção de 20 miligramas por cc.), tendo-se o cuidado de extrair alguns cc. de sangue imediatamente antes e 45 minutos depois da injeção e deixando-se

durante a prova o paciente ao abrigo da luz direta. E' feita dosagem colorimétrica da Rosa de Bengala existente ainda (retensão) na 2.^a amostra de sangue, muito facilmente pela comparação direta do sôro dessa amostra de sangue a solutos diversos de Rosa de Bengala (escala colorimétrica preparada antes facilmente por diluições sucessivas da solução-mãe de Rosa a 20 miligrs. por cc. em sôro fisiológico), tendo-se o cuidado de superpor durante a comparação os tubos contendo êsses solutos a um tubo contendo o sôro da primeira extração de sangue (identidade de tons). Para a interpretação da prova, adotam Fiessinger e Walter o seguinte esquema:

taxas retensionais inferiores a 3 — taxas baixas — fígado são
taxas retensionais de 3 até 6 — taxas médias — insuficiência hepática (parcial?)
taxas retensionais de 6 até 9 — taxas fortes — insuficiência hepática total
taxas retensionais superiores a 9 — taxas muito fortes — insuficiência hepática total

Via de regra, a Rosa de Bengala, como prova cromagoga que é, não deverá ser utilizada quando houver icterícia, caso em que os seus resultados passam a ter significado semelhante aos da bilirrubinemia, caindo-se em dificuldades semelhantes ou mesmo maiores de interpretação. No entanto, ainda em tais casos, uma análise cuidadosa de ambas as determinações (bilirrubinemia e rosa) poderá dar dados interessantes por entreajudar mútuo. E' assim que estudo atento pode permitir as seguintes presunções:

1.^o — Retensões paralelas de bilirrubina e de Rosa de Bengala.

a) — fracas — indicam não haver insuficiência hepática. Poderá porém ser o caso de afeção hepática, possivelmente grave mas que se comporte como afeção circunscrita (cancer, quisto hidático, abcesso).

b) — médias — indicam ou icterícias (mais provavelmente, quer em início, quer em regressão), ou possivelmente insuficiência hepática, mas esta no caso só poderá ser afirmada de certeza por outras provas.

c) — elevadas — não têm valôr por ser o caso de icterícia franca.

2.^o — Retensões não paralelas:

a) — Rosa de Bengala superior a Bilirrubina.

1.^o — Se não houver retensão biliar, será um possível erro de técnica. Será necessário repetir e recorrer a outras provas.

2.^o — Se houver pequena retensão biliar (pequena hiperbilirubinemia), indicará insuficiência hepática grave.

b) — Rosa de Bengala inferior a Bilirrubina — indica fígado são, em via de cura ou muito ligeiramente atingido. Com efeito:

- 1 — com icterícia — indica que esta é de origem extra-hepática, ou tratar-se da fase final de uma icterícia catarral.
- 2 — com sub-icterícia — caso muito frequente em cardíacos.
- 3 — com anicterícia — é o caso da anemia de Bierner e do mal de Banti.

FIGADO SANGUÍNEO

A) — *Função açúcar* — Interessam particularmente na prática as provas pela galactose e a levulose e a de Kugelmann.

1 — Habitualmente fazem os autores a prova da galactose ou da levulose, dando o açúcar (40 grs. para a galactose, 100 grs. para a levulose) de manhã em jejum, dissolvido em 200 cc. de água ou chá e dosando-o na urina das 24 horas seguintes. A prova é considerada positiva quando o açúcar eliminado atinge cifra superior a 3 grs. Admitem os autores que a galactose e a levulose são positivas no caso de insuficiência hepática, positiva só a levulose nos casos de icterícia mecânica de origem calculosa, negativas ambas na icterícia mecânica por tumor ou na icterícia hemolítica, de molde a darem o seguinte esquema para a interpretação de uma icterícia:

galactose positiva — levulose positiva — icterícia parenquimatosa (séptica, catarral, lúética).

galactose negativa — levulose positiva — icterícia mecânica calculosa

galactose negativa — levulose negativa — icterícia mecânica tumoral ou icterícia hemolítica.

Este esquema tem porém apenas certo valor geral.

A prova da galactose, que é a mais interessante por a mais fiel, visto ser a galactose o açúcar menos influenciado em sua fixação pelos fatores extra-hepáticos, tem no entanto (como os outros açúcares utilizados) o inconveniente de não dar resultados proporcionais quantitativamente ao grau de insuficiência hepática, quando praticada segundo a técnica comum (prova de Bauer, isto é, dosagem da galactose na urina total de 24 horas): galactosúria muito intensa em icterícias catarrais benignas, diminuta em casos de insuficiência grave.

E' para corrigir êsse inconveniente, procurando dar à prova valor mais rigoroso e de maior significado, que a escola de Fiesinger, particularmente Thiébaud, propõe uma nova técnica: considerar não só a eliminação total da galactose em 24 horas, mas particularmente a precocidade e intensidade no tempo dessa eliminação, fazendo-se a dosagem em urinas colhidas fracionadamente dentro das 24 horas. Os esclarecimentos importantes da prova seriam então dados justamente pelo ritmo de eliminação, muito mais do que pela quantidade total eliminada no nictêmero.

E' assim que preceitua Thiébaud dar 40 grs. de galactose (galactose pura de Kuhlmann, ou Hepatodiagnose de Pointet e Gi-

rard), diluídos em 200 cc. de água morna, ou chá, de manhã em jejum e colher em seguida separadamente as urinas das 2 primeiras horas, depois as das 2 horas seguintes, das 6 horas e finalmente das últimas 14 horas, praticando-se a dosagem em cada uma das amostras.

Em indivíduo normal quanto a fígado, se dada a galactose às 8 hs. da manhã, o quadro seria o seguinte:

COLHEITA DE URINA	VOLUME DA URINA	GALACTOSE POR LITRO	GALACTOSE ELIMINADA
Das 8 às 10 hs.	75 a 200 cc.	1,5 a 6 grs.	{ até 1,50-grs. aproximad.
Das 10 às 12 hs.	75 a 200 cc.	0 a 2 grs.	
Das 12 às 18 hs.	200 a 500 cc.	indosavel	indosavel
Das 18 às 8 hs.	500 a 800 cc.	indosavel	indosavel

seja um total de 900 a 1500 cc. de urina, com uma concentração média em galactose inferior a 1,50 por litro, seja portanto uma eliminação total de galactose inferior a 1,50 gr. em 24 horas.

Ao contrário, nas afecções hepáticas, encontrar-se-iam os seguintes quadros:

a) — Hepatites parenquimatosas difusas ((hepatites citolíticas ou gordurosas) — algarismos de galactosúria muito elevados na primeira micção, baixando rapidamente nas micções seguintes (caso das icterícias catarrais).

b) — Hepatites esclerosas (cirroses) — concentrações iniciais menos importantes, mas positivas as distais, que só diminuem lentamente.

c) — Icterícias colostáticas — concentrações normais.

Vê-se imediatamente o grande interesse novo que tais informes preciosos fornecem à prova, que assim se torna imensamente superior à primitiva de Bauer.

II — A prova de Kugelman baseia-se, como já dissemos, em principio completamente diferente: — determinar a mobilização do glicogênio em reserva no fígado por meio de injeção de adrenalina, verificada essa mobilização pelas variações da glicemia.

Consiste a técnica em extrair o sangue em jejum, fazer imediatamente uma injeção hipodérmica de 1 miligramo de adrenalina e extrair de novo sangue sucessivamente após 1/2 hora, 1 hora, 1 1/2 horas, 2 horas e 2 1/2 horas, dosando-se a glicose nas seis amostras de sangue. Nos indivíduos com fígado normal o aumento da glicemia post-adrenalínica atingiria a 60 e mesmo 100 % em relação à glicemia inicial; nos hepáticos, pelo empobrecimento do fígado em glicogênio, êsse aumento seria muito menor ou mesmo

nulo. Praticamente, um índice glicêmico (maior glicemia obtida dividida pela glicemia inicial) superior a 1,5 seria sinal de fígado suficiente, inferior a 1,5 de insuficiência hepática. E' prova excelente, de técnica fácil e resultados dignos de confiança, com a vantagem de não necessitar açúcar nem sempre facilmente encontrável como a galactose, embora esta (prova de Thiébaut) forneça ainda ensinamentos outros.

B) — *Metabolismo azotado*. — E' particularmente interessante a dosagem da serina e da globulina sanguíneas, com estabelecimento do coeficiente S/G, pois embora este não seja sinal de insuficiência hepática é no entanto excelente sinal para prognóstico.

Dos vários coeficientes azotados comumente perquiridos, sanguíneos e urinários, é mais digno de pesquisa o índice de clivagem, a que já nos referimos, de técnica fácil

$$\left(\frac{\text{Az tricloraético} - \text{Az fosfotúngstico}}{\text{Az tricloraético}} \right)$$

que, normalmente de 0,12 a 0,15, atinge na insuficiência renal a 0,17 e 0,20, podendo ir nas cirroses a 0,25 e nas icterícias graves a 0,50.

C) — *Metabolismo dos lipídeos*. — E' estudado, facilmente quanto à técnica, pela dosagem da colessterina sanguínea. De modo geral, há nas icterícias de origem hepáticas hipocolesterinemia ou taxas nomais, hipercolesterinemia nas icterícias de origem biliar calculosas, hipocolesterinemia pronunciada na insuficiência hepática grave. Mas o metabolismo da colessterina apresenta fatores outros que tornam a interpretação delicada, como dissemos.

D) — *Função sanguínea*. — Deverá ser estudada pela determinação do tempos de coagulação e de sangramento, estudo do coágulo, sinais do laço e da chicotada, e pela hemossedimentação.

E) — *Metabolismo da água*. — Além do test de hidrofília cutânea de Aldrich e da prova da água, dá indicações interessantes a dosagem das albuminas do sangue, particularmente nas cirroses (síndrome de Wallich já exposta).

3.º — CONDUTA NA PRÁTICA CLÍNICA

Se o conceito da assinergia funcional é o princípio sobre que repousa a doutrina clínica da insuficiência hepática, daí decorre que para o assinalamento precoce desta será necessário recorrer à exploração do maior número possível de funções a cargo do fígado. Mas se quisermos colocar o problema no seu âmbito próprio da prática clínica surge também a necessidade de

o não complicarmos pelo grande número de provas a realizar e pela difícil execução destas. E' necessario cingir-se o clínico a pesquisas simples, que êle mesmo possa executar a maior parte das vezes, ou pelo menos a provas funcionais facilmente exequíveis em qualquer laboratorio. Ainda, procurar estudar de entre as várias funções particularmente as que mais precoce e frequentemente se encontram alteradas: ora justamente os estudos mais modernos mostram que, além da função biliar e da cromagoga (tendo estas contra si, repetamos, os seus outros fatores), a mais precocemente atingida na insuficiência hepática é a função açúcar, como se constituisse a base de todas as outras, seguindo-se-lhe depois a função azotada.

Nessa ordem de ideias, Fiessinger e Walter, em livro recente, propõem a prática do que chamam os "instantâneos hepáticos", dividindo-os em "rápidos", ou de primeiro exame de ambulatório, e "de observação" para doentes mais atentamente estudados, suficientes os primeiros para casos mais simples, os segundos necessários para estudo detalhado de casos mais difíceis ou de maior responsabilidade. Um pouco modificados êsses instantâneos, adaptámo-los ao nosso Serviço, da seguinte fôrma:

A) — *Instantâneo rápido* (habitual de ambulatório). — Além do exame clínico, recorreremos aos seguintes exames:

1) — Urina emitida na ocasião — pesquisa de albumina, ação sobre o Fehling (estudo de redução completa por açúcar ou de falsas reduções freqüentes em hepáticos pela creatina, etc.), pesquisa de acetônicos, e de pigmentos e ácidos biliares, estudo da urobilina e urobilinogêneo.

2) — Sangue colhido na ocasião, para dosagem de bilirrubina, em casos de icterícia ou supeita.

3) — Se houver indicação, volta do doente na manhã seguinte, para intubação duodenal, ou para estudo da função açúcar (galactosúria fracionada ou Kugelmann).

B) — *Instantâneo de observação*. — Destina-se aos casos mais interessantes, ou aos a serem submetidos a intervenção cirúrgica (doente hospitalizado). Com a seguinte forma de agir, obtêm-se todos os dados necessários em 24 a 26 horas.

1) — A's 7 horas da manhã. — Determinação do tempo de sangramento e de coagulação. Extração de sangue para dosagem de bilirrubina e eventualmente substâncias azotadas (proteínas, S/G, uréia, índice de clivagem), glicose e colessterina, e para servir de padrão à Rosa de Bengala. Logo a seguir injeção da solução de Rosa de Bengala.

2) — A's 7 hs. 45 min. — Extração de sangue para Rosa de Bengala.

3) — A's 8 hs. — Administração da galactose para a prova de Thiébaud.

4) — Das 8 às 10 hs. — O doente urina no frasco n.º 1.

5) — " 10 " 12 " — " " " " " " 2.

6) — " 12 " 18 " — " " " " " " 3.

7) — " 18 " 8 " — " " " " " " 4.

Variantes:

1.º — Se praticada a prova de Kugelman, no tempo 1 não se faz a inj. de Rosa de Bengala, mas sim injeção hipodérmica de adrenalina, substituídos os tempos 2 e 3 por extrações de sangue às 7 hs. 30 min., 8 hs., 8 hs. 30 min., 9 hs. e 9 hs. 30 min. para dosagem da glicose. A rosa de Bengala será então feita na manhã seguinte.

2.º — Se praticada a prova de Jacoby, igualmente se não faz a injeção de Rosa de Bengala, mas se dá às 7 hs., logo após a extração de sangue, o açúcar, com extração de sangue às 7 hs. 30 min., 8 hs. e 8 hs. 30 min., antecipando-se os tempos 4, 5, 6 e 7 de 1 hora (combinação da prova de Jacoby com a prova de Thiébaud). A Rosa de Bengala será então feita na manhã seguinte, se necessária.

4.º — COMO INTERPRETAR

Qual o valor a dar a êstes instantâneos? E' o ponto delicado e que requer atenção. Considerem-se os seguintes tópicos para evitar possíveis contradições aparentes:

1.º — O termo empregue foi o de "instantâneos", porque êles representam apenas resultados de momento, isto é, a maneira como o órgão hepático se comporta na ocasião em que é feita a prova. Ora, dado o extraordinário poder de reparação e regeneração rápidas da célula hepática, um instantâneo obtido hoje poderá ser o oposto de outro obtido dias após, para bem ou mal que seja a diferença.

Um instantâneo mau indica apenas que naquele momento a atividade funcional do fígado estava atingida seriamente. Mas, ao inverso, um instantâneo quasi satisfatório, ou mesmo bom, indica apenas que o fígado ainda é, apesar de lesão por ventura existente, funcionalmente suficiente. Comparemos: um indivíduo jovem e perfeitamente robusto, se atacado de pneumonia, é incapaz de atividade física (caso de icterícia catarral comum para o funcionamento hepático), ao passo que um indivíduo com arteriosclerose generalizada pode ainda desenvolver atividade quasi que normal, ou normal aparentemente (caso para o fígado de cirrose mais ou menos em início).

Um instantâneo não tem valor prognóstico, mas apenas diagnóstico de momento. Se porém, em lugar do instantâneo fizermos cinematografia, isto é, instantâneos repetidos em períodos sucessivos, já o valor prognóstico se afirma grande, permitindo seguir *pari-passu* a evolução boa ou má do caso, orientar terapêutica médica ou cirúrgica portanto.

2.º — Dado o poder de suplência, ou parênquima de luxo, só afecções difusas influem sobre o funcionamento hepático: os instantâneos serão então perfeitamente normais em hepatites circunscritas embora graves (cancer, abscessos, quistos), enquanto guardem o seu característico de circunscritas, serão em geral maus nas hepatites difusas, embora benignas estas. Quer dizer, o instantâneo dará informações sobre suficiência ou insuficiência hepática, mas não quando a existência ou não de lesão no fígado.

Em resumo, o instantâneo em si traduz apenas o rendimento do fígado em determinado momento. Ora, este rendimento depende, ou da quantidade do parênquima atingida, ou da qualidade geral do parênquima funcionante. A sucessão de instantâneos permite estudar o poder de regeneração do parênquima, e é neste que está o fator essencial do prognóstico.

5.º — CONCLUSÕES

Assim interpretado, o conceito clínico da insuficiência hepática é dos mais empolgantes e a exploração funcional do fígado das mais uteis, tão fértil em resultados quanto pelo menos a exploração funcional do rim, podendo-se concluir::

1.º — O conceito hodierno da insuficiência hepática em clínica baseia-se no princípio da *assinergia* funcional relativa.

2.º — A impressão clínica necessita apoiar-se em provas funcionais.

3.º — Estas servem apenas para informações de momento; só o seu desenrolar sucessivo permite prognóstico.

4.º — E' conveniente pesquisar várias funções simultaneamente: a mais frequente e precocemente alterada é a biliar, de par com a cromagoga, seguindo-se-lhe a açúcar e depois a azotada.

5.º — Deve-se iniciar pois o estudo pela biliar, mas como os dados desta são de interpretação difícil quanto a gênese, segui-la da função açúcar sempre, e quando possível da função azotada. Em casos cirúrgicos, não esquecer a crase sanguínea.

6.º — Assim entendida, a exploração funcional do fígado orienta diagnóstico e prognóstico e firma indicações terapêuticas médicas ou cirúrgicas.

ACETYLARSAN

O PADRÃO
DOS
ARSENICAES
INTRAMUSCULARES

PARA ADULTOS:

Caixas de 10 e 100
ampolas de 3 c.c.

PARA CRIANÇAS:

Caixas de 10 e 100
ampolas de 2 c.c.



CORRESPONDENCIA: Rhoia CAIXA POSTAL 2916-SÃO PAULO

A apendicectomia por incisões mínimas (*)

Dr. Sergio V. de Carvalho

Cirurgião em S. Paulo.

Desde a célebre memória de Reginald Fitz em 1886 e a designação de *apendicite* proposta por McBurney em 1889 até aos tempos hodiernos, esta entidade nosológica tem sido tanto e tão variegadamente tratada, que, parece, sobre ela já se disse tudo; desde a primeira apendicectomia praticada a frio na Europa por Tréves em 1887, até á incisão estética de Babcock de nossos dias, a técnica operatória progrediu tanto, que também aqui, o assunto parece esgotado. Nada de absolutamente novo, portanto, tenho para vos ofertar. Assim, cingindo-me ao tema proposto, suponho decidida a apendicectomia, e esta por incisão mínima. Estão naturalmente excluídas de nossas cogitações, neste momento, as lesões peri-apendiculares supurativas em qualquer de suas formas; igualmente não cogitaremos dos casos em que se trate de apêndice aderente a órgãos vizinhos, como ovário, bexiga, ou quando o colo direito esteja constringindo pela membrana de Jackson, ou quando existam membranas peri-cecaes de Frenelle com apêndice retro-ceco-cólico ou não, ou, ainda, quando a apendicite esteja complicada com a brida de Lanes. Nestes casos a operação não mais se limita á simples ectomia.

Consideramos condições ideaes para praticar a apendicectomia por *incisão mínima*, o apêndice livre e inserido sobre um ceco mobilizavel, quer dizer, as condições requeridas para a apendicectomia típica.

Delimitado assim o assunto colimado, pensamos que as incisões mínimas são as preferiveis, pois, que, alem de promoverem um fechamento extremamente resistente da parede, permitem também a obtenção de uma cicatriz pouco vizível, estética.

Já ha mais de uma década Lecéne e Leriche escreviam que "com o auxilio de bons afastadores pode-se facilmente localizar e extrafr do abdomen a região ileo-cecal e o apêndice, ainda com

(*) Comunicação á Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo na sessão de 5-XI-1935.

uma *mínima incisão parietal*", e já em 1911 Frenelle apresentava ao Congresso de Cirurgia de Paris "um processo estético com cicatriz oculta" e um afastador de 3 valvas para esse fim construído. Este processo, por demais dificultoso, só "muito excepcionalmente era empregado" pelo próprio Autor, e caiu em desuso. Existem, naturalmente, casos imprevisíveis nos quaes uma incisão mínima seria insuficiente; a escolha, porem, do tipo de incisão pode prevêr e prevenir taes casos, como veremos.

A ectomia a frio foi considerada por Kocher como "a jóia da cirurgia operatória", e é retendo este conceito, isto é, procurando praticar uma apendicectomia com o mesmo desvelo com que um artista burla uma jóia, que procurarei desenvolver o assunto focalizado. Não podendo, nem por hipótese, pretender cinzelar tal jóia, seja-me permitido, respigar dentre a vasta ceára, que outros muitos produziram, os elementos de que necessitamos para praticar uma ectomia nas condições supra-citadas.

Assim, sabemos que o *aparelho cecal* (Chiaruggi) está na loja cecal em 83 % dos casos no adulto (Tuffier e Jeanne) e em 55 % dos casos na creança (Legueu); sabemos tambem que o *ponto fixo do apêndice* está na confluencia das 3 fitas longitudinaes do ceco (Tesut & Jacob); igualmente sabemos que, após os estudos de Lanz, Slingenberg e Schröder em 1893, de Garau em 1910 e de Alfredo Monteiro hodiernamente, a *base do apêndice* corresponde de fáto, na grande maioria das vezes, ao chamado *ponto de Lanz*; sabemos mais que Locchi verificou, entre nós, que a *direção* mais comum do apêndice é a ascendente retro-cecal; sabemos, finalmente, que a *artéria apendicular*, um dos 4 ramos de terminação da artéria mesentérica superior ou, quando esta se termina muito alto, proveniente da artéria cólica direita inferior, passa por traz do angulo ileo-cecal e segue pelo bordo livre do meso-apêndice (Testut & Jacob) lançando para o apêndice, durante o seu trajeto, ramos em angulo quasi réto, separados uns dos outros cerca de 5 a 6 milímetros (Gregoire) e sabemos que a *inervação* do apêndice provém do plexo solar por intermedio do plexo mesentérico superior (Testut & Jacob).

Para praticar a apendicectomia nas condições em que a focalizamos vários são os meios de que dispomos para excluir a dor. Consideramos a *Anestesia Local Infiltrativa* como particularmente indicada nas operações a frio, pois que torna a via do acesso absolutamente insensível, é praticamente atóxica pela escassa quantidade de anestésico empregada (cerca de 10 cc. nos nossos casos) e não expõe a nenhuns perigos imediatos ou mediatos, alem de diminuir e mesmo suprimir o choque (Ottolenghi). Este tipo de anestesia insensibiliza a via de acesso sómente, sendo necessario completa-lo, após a travessia da parede, com a anestesia "in lóco" do órgão a extirpar, o que se não consegue sem alguma an-

gustia e sofrimento por parte do enfermo. Pratica-se pois em 2 tempos que são: 1) anestesia local da via de acesso e 2) anestesia local da viscera. Devemos considerar tambem que para tal é necessário predispor os operandos (Ottolenghi). Usamos geralmente, como anestesia de base, o Sedol (escopolamina-morfina) injetado 1/2 horas antes da operação. É digna igualmente de nossa atenção a pusilanimidade de certos doentes: Blah nos conta a respeito de um que se lastimava tão somente "porque sabia" que estava sendo operado. Afora casos como este, o que realmente se nos apresenta como uma dificuldade e um inconveniente, é conseguir-se a anestesia visceral. Propõe-nos Payr a infiltração com solução anestésica da prega parieto-cólica, do mesoceco e do mesentério da ultima alsa do ileo a partir do angulo ileocecal, para que se possa obter "uma anestesia completa que permita uma operação absolutamente indolor". Após estas largas infiltrações obtem-se, sem duvida, a anestesia visceral. Mas para tal se conseguir são necessarias incisões suficientemente amplas e não se exclue a angustia e a dor que o doente sofre durante a pesquisa e exteriorização do aparelho cecal. Temos notado ser este o tempo realmente doloroso nas anestесias parciaes e, somente durante este tempo se pôde fazer o que Payr aconselha. Sabe-se, de fáto, que o que é particularmente doloroso em cirurgia gastro-intestinal é a tração sobre os mesos das visceras, sendo estas insensíveis ao contáto, á secção ou á picada (Lécene e Leriche). Com as incisões minimas não se eventra o aparelho cecal, bastando, como veremos, esteriorizar o apêndice e um pequeno cone cecal. Devemo-nos contentar portanto com a simples infiltração da base do meso-apêndice com 1 a 2 cc. de solução anestésica, a fim de evitar a dor epigástrica que a ligadura do mesmo ocasiona, o que fazemos mesmo antes de eventrar o apêndice. Este é atraído alguns instantes após, com suavidade e doçura. Usamos geralmente para as nossas anestесias de condução, o preparado nacional *Sinalgan*, cuja fórmula é a que se segue:

Novocaina	0,05 gr.
Sol. milesimal de adrenalina	1 gt.
Sol. de Ringer modificada	5 cc.

é, como se vê, uma solução e 1 %, semelhante na sua fórmula ao soluto com que Reclus nos brindou para a anestesia local. Costumamos anestesiar a parede fazendo 2 botões dérmicos, á Pauchet, sobre a linha de incisão, afastados um do outro cerca de 2 cm., distancia dentro da qual será compreendida a futura incisão. Estes botões, terminados que sejam, se tangenciam, formando como que um 8. O ponto de tangência corresponderá ao meio da futura incisão. Em seguida, com a agulha desmontada, picamos verticalmente o centro de um botão dérmico e, apoz ter

atravessado a pele, o tecido celular sub-cutaneo e o tendão aponevrótico do grande obliquo, montamos de novo a seringa para injetar solução anestésica na massa muscular do pequeno obliquo e transverso. Repetimos a manobra no outro botão dérmico. Para assim se proceder é necessário que a ponta da agulha apenas ultrapasse o tendão do grande obliquo. O peritoneo nós o anestesiámos ao atingirmos a gordura pre-peritoneal.

Vários são os tipos de incisão propostos para atingir o apêndice. Sprengel considera como defeituosos "todos aqueles que não seguirem o principio da incisão abdominal fisiológica irrepreensível, ou seja o principio da incisão longitudinal do tecido, que praticamente se confunde com as incisões transversaes e obliquas em relação ao corpo". E considera como isenta de defeitos porque é "uma incisão para o apêndice fisiologicamente correta" a incisão abdominal transversal ao corpo que secciona os músculos e aponevroses o quanto possivel paralelamente a suas fibras, respeitando os nervos. São as incisões: alternante de Sprenguel, em zig-zag de Riedel, estética de Babcock, horizontal de Chaput. Começa-se por fazer uma incisão transversal pequena e, se apoz a abertura do peritoneo, o accesso proporcionado se mostrar insufficiente, aumentar-se-á o mesmo á custa da bainha do músculo reto o qual se reclinará para dentro, respeitando-se os vasos epigástricos (Stieda). Usamos, por estas razões, para as nossas incisões mínimas, a *Incisão Horizontal de Chaput*, a qual, como é sabido, se pratica na altura do ponto de Lanz, na prega inferior do abdomen, seccionando horizontalmente a pele (Ottolenghi). Os demais planos são atravessados por dissociação obtusa e o peritoneo é aberto paralelamente á incisão cutaneo. E' uma incisão medio-lateral, horizontal, complexa, e costumamos praticala na extensão média de 1,50 cm. Esta incisão fecha-se muito facilmente e deixa uma parede sólida (Ottolenghi). Costumamos fecha-la por planos, terminando pela sutura intra-dérmica da pele com pontos longitudinaes de cat-gut fino. E' o que Kirshner chama de "sutura intra-dérmica de Halsted". Este tipo de sinese cutanea permite a obtenção de uma cicatriz estética, a qual fica dissimulada na prega inferior do abdomen. Tratados por esta forma, os doentes mais animosos levantam-se impunemente da mesa operatória e voltam a pé para seus leitos.

Para aproveitar ao máximo a exígua via de accesso e assim de algum modo fugir á acerba crítica de Kirschner que verbera tanto aqueles que se preocupam com a velocidade como aqueles que diligenciam por incisões minimas, e para obedecer tambem ao preceito de Marion que diz: "Quando se decidir a natureza da intervenção, e antes de começar qualquer manobra, é preciso: 1) pôr bem em manifesto o campo operatório por meio de valvas ou de afastadores que, uma vez colocados, convêm não deslocar muito", procuramos um meio de conseguir conservar afastadas ao

máximo as paredes das nossas incisões. E' esta uma das maiores dificuldades a vencer na pratica de taes incisões. Com um par dos comuns afastadores de Farabeuf, pequeno modelo, isto poderá ser conseguido de uma forma relativa, pois que o principal fátor é aí o esforço muscular do Assistente, o qual está sujeito á fadiga, alem de que necessitaremos de suas mãos para as manobras da ectomia. Assim sendo, um afastador do tipo auto-estático é precioso para tal fim, e eis porque fizemos construir pelo Snr. Ricardo Wolf e sob nosso desenho, o *Afastador Auto-Estático Bi-Valvular* que temos a honra de vos apresentar e que

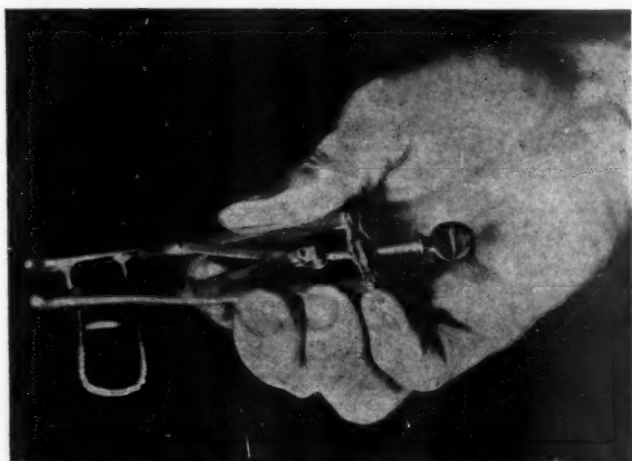


Fig. 1

Afastador "Sergio V. de Carvalho"

E' um afastador do tipo auto-estático, bi-valvular. Cada valva tem de largura 1,50 cm., e de altura 3,50 cm. Estas medidas foram estudadas para as incisões em apreço. O mecanismo de parafuso permite uma regulagem exata e proporciona um poderoso afastamento com um mínimo esforço para o operador.

tem como principal característica a relação existente entre as suas dimensões e as da incisão em apreço. Melhor que qualquer descrição vos ilucidam os fotografamas que tomamos a liberdade de submeter á vossa apreciação. (Vide fig. 1 e 2). Releva, entretanto, notar que este tipo de Afastador foi por nós utilizado pela primeira vez na apendicectomia que praticamos em 6 de Setembro de 1934. A segunda operação em que o uzamos, em 19 de Setembro de 1934, nós a temos fotografada em série, na nossa coleção de Films Leica.

Chegados nós a este ponto da colheita que vimos fazendo nesta dadivosa messe, fruto de duas gerações de estudiosos, veja-

mos, perfunctoriamente, que mais ensinamentos nos oferece e, para tal, volvamos os nossos olhares por sobre a ectomia propriamente dita. E as contribuições se sucedem. Lécene e Leriche advertem que a ligadura do meso "é um tempo capital da operação" pois "conhece-se um certo numero de hemorragias mortaes em consequencia da falência de sua ligadura"; e aconselham a "terminar a operação' pelo afundamento do coto" (apendicular) ligado com cat-gut e cauterizado "sob uma bolsa sero-muscular feita com fio de linho, que o esconde completamente. Desta maneira se obtem uma peritonização completa do ceco, o que está

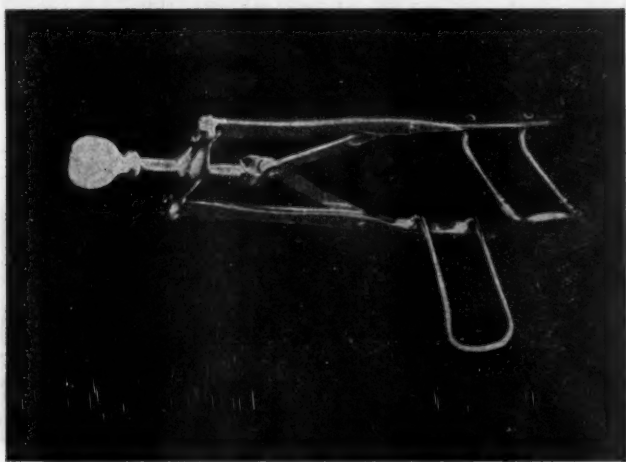


Fig. 2

Afastador "Sergio V. de Carvalho"

Algumas voltas do parafuso bastaram para abrir e afastador. A superfície externa, rugosa, das valvas assegura uma boa pegada e a parte distal, excedente, das hastes, permite bascular o afastador sem que este se desloque.

de acordo com esta regra fundamental da cirurgia gastro-intestinal moderna de não deixar nunca uma superfície cruenta na cavidade peritoneal, sempre que seja possível faze-lo. Payr julga "dever considerar-se erro terapêutico a falta de afundamento do coto apendicular". E Stieda adverte que o "ponto de sutura do apêndice deve suster-se sólidamente". E o coto do meso? perguntamos. E ainda Stieda nos responde que "se por exemplo, o vértice de um coto epiplóico se solda com uma formação vizinha, a aderencia pode estirar-se em forma de cordão e, mais tarde, deslizando-se por baixo deste uma alsa intestinal, exercer constricção". Já tivemos ocasião de operar uma obstrução intes-

TÉCNICA DE APENDICECTOMIA

51

SÉRGIO V. DE CARVALHO

DANIEL NATURE

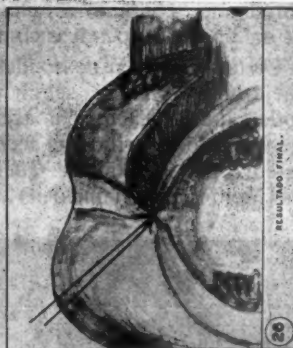
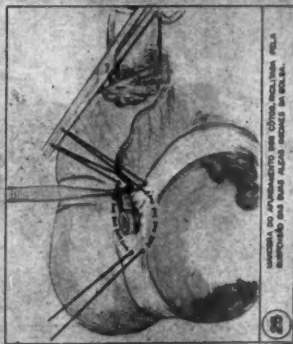
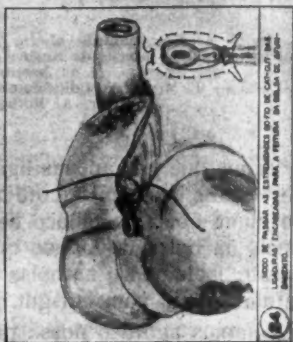
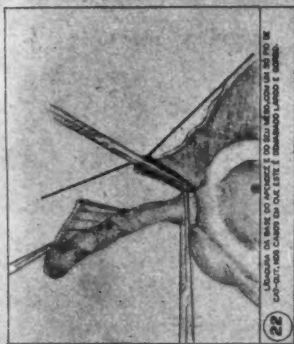
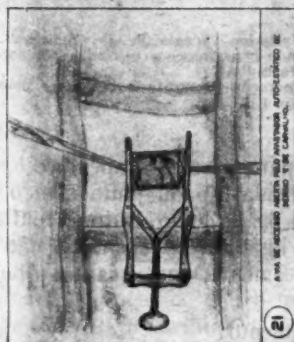


Fig. 3

Nota do A. — No desenho n.º 24 não foi representado o apêndice nem o seu meso para melhor visualidade da passagem do fio. O apêndice e seu meso são seccionados somente após a feitura da bolsa de fundamento.

(Desenhos do Sr. Firmo Sarmento, após ter observado algumas operações).

tinal aguda cujo mecanismo de formação tinha sido semelhante. Ombredanne "continúa a achar muito vantajoso encadear a ligadura da base do apêndice com a ligadura hemostática do meso".

Certos de que o nosso desataviado linguajar seria insuficiente, seja-nos permitido seguir em algumas pranchas alguns dos métodos mais correntes e aceitos de praticar a ectomia. (O A. passa em revista crítica as técnicas de: Wilms, Marion, Dawbarn, Halsted, Fowler, Guibé e Quénu, Ombredanne, Bosch Araña, Alfredo Monteiro e Shmieden).

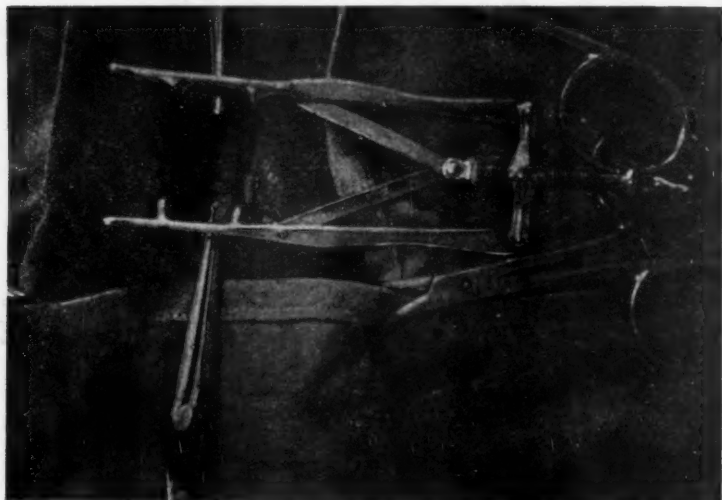


Fig. 4

A via de acesso mantida aberta pelo afastador "Sergio V. de Carvalho".
Notem-se as duas pinças de Kocher reparando o peritoneo e passadas por sob as hastes do afastador.

(6-IX-35 — J. M. — Apendicectomia — Operação fotografada em série pelo Dr. A. Rothberg. Film LEICA).

Vimos que uns apenas ligam separadamente o apêndice e seu meso; outros incluem o coto apendicular só ou junto com o do meso numa bolsa de tabaco de seda ou de linho; outros, confiando mais na bolsa de tabaco que na ligadura do apêndice, não ligam este, incluindo-o na bolsa simplesmente; outros fazem a bolsa de afundamento com cat-gut.

Vejamos agora o nosso procedimento:

Adeptos das ligaduras encadeadas, encadeamos estas na bolsa de afundamento dos dois cotos (o do apêndice e o do seu meso). Para isso usamos um só fio de cat-gut. N. 1, suficientemen-

te longo, e que preferimos colargolado por ser menos cáustico para a viscera. Com este único fio ligamos o apêndice, apoz esmagamento, e, revertendo em seguida as suas extremidades, ligamos em sequência o meso; as duas pontas, apoz esta segunda ligadura, são aproveitadas a seguir para fazer a bolsa de afundamento. Para tal se conseguir procedemos da seguinte forma: a extremidade *direita* é passada por *sob a raiz do meso* e vai fazer o alinhavo sero-seroso da metade *esquerda* da bolsa; pela mesma forma fazemos com a extremidade *esquerda* a metade di-

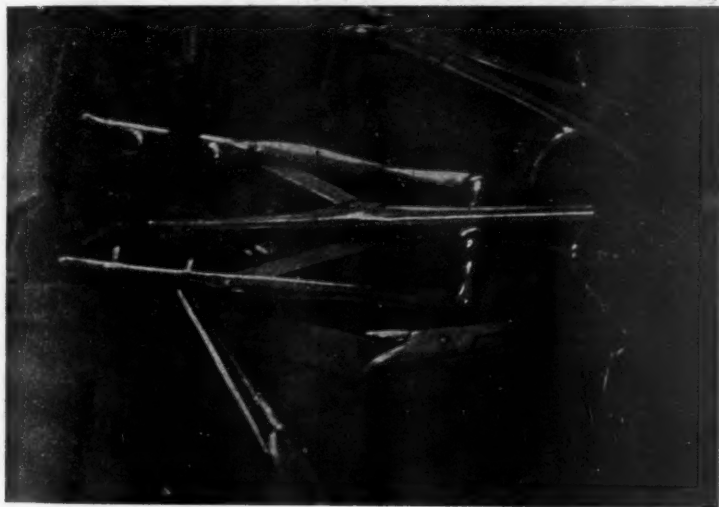


Fig. 5

O apêndice evertedo e mantido por duas pinças de Kocher; uma esmaga a sua base e outra aprisiona a extremidade do bordo livre do meso-apêndice. (6-IX-35 — J. M. — Apendicectomia — Operação fotografada em série pelo Dr. A. Rotberg. Film LEICA).

reita da mesma bolsa. Esta passagem cruzada por sob a raiz do meso forma-lhe como que um par de rédeas que o obriga a encurvar-se quando se aperta a bolsa, ficando o meso como uma crista partindo do ponto de afundamento, sem tracção nem estrangulamento, e servindo também a bolsa para consolidar a ligadura do apêndice e a hemostática do meso, já de per si conjugadas. Para facilitar o afundamento, servimo-nos da manobra da suspensão das duas primeiras alças da bolsa, conforme nitidamente se vê nos desenhos, magnificamente executados por nosso Amigo e Desenhista Snr. Firmo Sarmiento. (Vid. fig. 3).

Terminada assim a colheita que desageitadamente fizemos, cremos poder, finalmente, ofertar-vos, o fruto do nosso obscuro labôr, na projeção de um dos films Leica retirado de nossa collecção. Trata-se da operação, fotografada em série pelo nosso amigo Dr. A. Rotberg, e praticada em nosso Serviço Hospitalar, na pessoa de J. M., de 19 anos, em 7 de Setembro de 1935. (Segue-se a projeção). (Vid. fig. 4, 5, 6 e 7).

Temos em mãos uma lista de 45 operações praticadas exatamente como a que acabais de presenciar (entre 6 - Setembro - 934

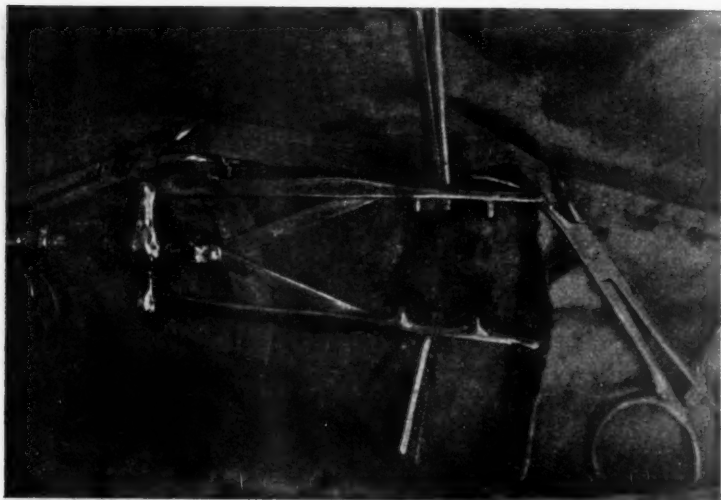


Fig. 6

Resultado final da ectomia. No lugar onde existiu o apêndice nada mais resta do que um nó, cujos fios vão ser cortados.
(6-IX-35 — J. M. — Apendicectomia — Operação fotografada em série pelo Dr. A. Rotberg. Film LEICA).

e 8 - Outubro - 935) sendo 10 no nosso Serviço Hospitalar e 35 de nossa clínica particular. Por ela se verifica que praticamos a anestesia local em 84,4 % dos casos. A anestesia geral foi feita em 13,3 % dos casos, sendo que em 6,6 % foi ela expressamente requerida por parte dos doentes (Senhorinhas amedrontadas). Não fora isto e a anestesia geral teria sido usada tão somente em 6,6 % dos casos. Foram estes, em numero de 3, os seguintes: 1) uma jovem de 12 anos operada na primeira hora e parente de um brilhante Clínico que nos honra com sua amizade; 2) uma jovem Senhora, cliente do mesmo Clínico, operada nas primeiras 10 horas e 3) finalmente, uma Senhorinha irmã de

um distinto Padiatra nosso amigo, operada igualmente a quente. Todos os operados obtiveram alta hospitalar no terceiro dia, tendo começado a alimentar-se desde o dia seguinte ao da operação. Não houve incidentes post-operatórios nem imediatos nem mediatos. Revimos alguns de nossos operados, após mais de um ano, em perfeita saúde. Sómente julgamos digno de nota o fato de alguns acusarem uma crise gástrica caracterizada por sensação de vacuidade dolorosa e ocorrida dentro da primeira hora apoz a operação, prontamente jugulada por XX gts. de Elixir

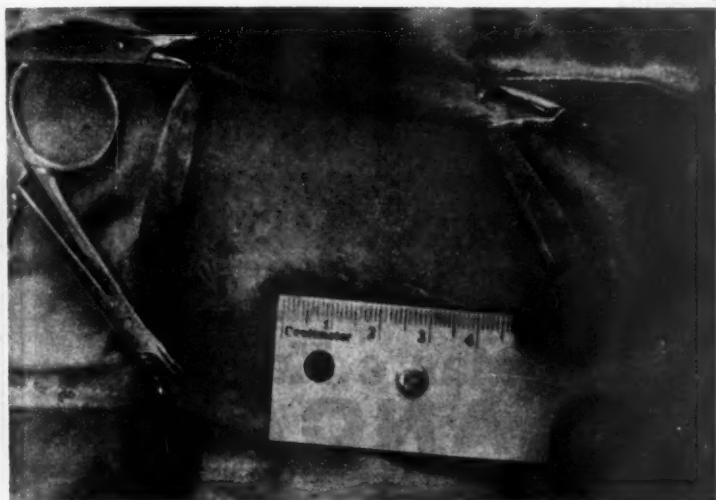


Fig. 7

Resultado final da operação. Note-se a extensão da incisão cutânea (12 milímetros) e confronte-se com as figuras precedentes para que se avalie da luz que o afastador proporciona.

(6-IX-35 — J. M. — Appendicectomia — Operação fotografada em série pelo Dr. A. Rotberg. Film LEICA).

pargórico em tisana quente e que atribuímos ao término da anestesia do meso-apêndice.

Terminando, cremos ter, nas operações praticadas, aproveitado ao máximo a vida de acesso, com comodidade para o Assistente, e ter praticado uma ectomia que oferece segurança pelo triplice encadeamento das ligaduras do apêndice e de seu meso e da bolsa de afundamento. A peritonização é perfeita e, portanto, a possibilidade da formação de futuras aderências pouco provável.

RESUMO

O A, apoz considerações geraes preconizou a Anestesia Local Infiltrativa, a qual faz com cerca de 10 cc. de SINALGAN. Em seguida preconiza a Incisão Horizontal de Chaput, a qual faz na extensão média de 1,50 cm.

A pele é suturada por meio de Sutura Intra-Dérmica com cat-gut fino, o que proporciona uma cicatriz estética.

Apresenta um Afastador Auto-Estático Bi-Valvular de sua criação e especialmente construído para as incisões em apreço, documentando com fotografias.

Apresenta uma Técnica de Appendicectomia própria, cujos característico são empregar-se um só fio de cat-gut N. 1, com o qual se liga o apêndice, o seu meso e se faz a bolsa de afundamento dos cotos. As ligaduras ficam assim encadeadas, consolidando-se mutuamente, e o ceco fica perfeitamente peritonizado, prevenindo futuras aderências.

CHLORO-ANEMIA
 APPROVAÇÃO da ACADEMIA de MEDICINA
 de PARIS
Exigir os Verdadeiros
Pilulas e Xarope
BLANCARD
 de PARIS
Blancard Assinatura e Etiqueta verde.
POBREZA DO SANGUE - ESCROFULAS

FERROZYMA

Como tratamento complementar da *anemia secundaria* ao paludismo e ás verminoses o **LABORATORIO GROSS** prepara **FERROZYMA**, o mais moderno e o mais completo medicamento antianemico, composto de ferro organico, cobre catalysador, arsenico e phosphato bicalcico, destinado a ser usado depois do tratamento pelos seus productos **ZULQUINA** e **DIVERMIL**.

Notas sobre a terapeutica anti-luetica

Arsenico e bismuto

Dr. José de Moraes Leme

Clinico em Espirito Santo do Pinhal.

SUMARIO:

- I — Considerações geraes.
- II — Os varios medicamentos.
- III — Medicação arsenical:
 - A — Trivalentes:
 - 1. Preparados.
 - 2. Doses.
 - 3. Acidentes
 - a) devidos ao produto;
 - b) devidos ao organismo;
 - c) meios de os evitar.
 - 4. Resistencias.
 - 5. Recidivas.
 - B — Pentavalentes.
- IV — Medicação bismutica:
 - 1. vias de introdução:
 - a) intramuscular;
 - b) intravenosa;
 - c) enteral.
 - 2. fórmias farmaceuticas:
 - a) soluções aquosas.
 - b) soluções oleosas.
 - c) suspensões aquosas.
 - d) suspensões oleosas.
 - 3. doses.
 - 4. accidentes.
 - 5. resistencias.
 - 6. recidivas.
- V — Modo de ação do arsenico e do bismuto.
- VI — Indicações de cada preparado.
- VII — Lista de preparados:
 - 1. arsenicaes trivalentes.
 - 2. arsenicaes pentavalentes.
 - 3. bismuticos.

I

CONSIDERAÇÕES GERAES

A evolução das ciencias medicas, enriquecendo dia a dia o nosso cabedal de conhecimentos, dificulta cada vez mais o exercicio da profissão, em vez de o facilitar. As pesquisas de laboratorio, e sua consequente aplicação á clinica, não cessam de trazer fatos novos, esclarecendo pontos de fisiologia, patologia e terapeutica até o momento envoltos em trévas; mas muitas vezes tambem deitando por terra, sem remissão, conhecimentos que pareciam definitivamente adquiridos, solidamente edificados sobre observações sem numero, e que são num instante derribados ao sopro das novas conquistas da observação ou da experiencia.

A sífilis, com o ser um dos ramos mais vastos da patologia, com manifestações multiformes, que se fazem sentir em todos os pontos do organismo, e cuja cura ainda hoje se discute si realizavel ou não — a sífilis tem sido e é ainda um dos assuntos que mais tinta têm feito correr. Nem por isso estamos grandemente avançados nos conhecimentos, aliás notaveis, que hoje possuímos a seu respeito. A sua etiologia, que era considerada assunto liquido, entra de novo a ser objeto de discussões; o seu dominio clinico, já tão vasto, parece alargar-se sempre mais; e a sua terapeutica, que a cada nova descoberta parece definitivamente resolvida, volta a ser objeto de incessantes indagações.

De tão grande que é o seu dominio, o seu estudo tornou-se objeto de uma especialidade importantissima: a sifilografia; mas os aspetos multiplos de suas manifestações, que ora se encontram nos dominios da dermatologia, ora nos da pura clinica, ora nos da neurologia e da sua irmã, a psiquiatria, ora nos de outras especialidades, quaes a oftalmologia, a estomatologia — estão a demonstrar a cada instante que a medicina é uma só, e que em nenhum departamento se pôde precindir dum conhecimento de conjunto sobre toda a clinica, patologia e terapeutica, sob pena de graves erros, muitas vezes insanaveis.

As ligeiras notas que a seguir vamos esboçar sobre o tratamento anti-luetico não representam uma contribuição pessoal de experimentação, nem constituem idéas propriamente originaes que tenhamos a apresentar: são simplesmente as pobres reflexões de um medico da roça, que procurou aplicar nos casos da sua clinica os ensinamentos que hauriu, ouvindo ou lendo os mestres da materia, e, inversamente, buscou adaptar ás leituras o que pôde ver e observar num decenio de pratica diuturna.

O ambito restrito em que se desenvolve a nossa atividade; a obrigação imperiosa de atender indistintamente a casos dispares de clinica, cirurgia e especialidades que estejam ao nosso alcance — eis outros tantos motivos que não permitem uma experimentação grande de cada caso, nem consentem um estudo completo de todos os assuntos.

Além disso, a necessidade de não descurar de outras questões profissionais não consente uma observação bibliografica completa, qual a que se faculta aos especialistas que só cuidam de determinados departamentos das ciencias medicas.

Não podemos pretênder, pois, expor um ponto de vista absolutamente novo, mas tão sómente lembrar, a medo, algumas opiniões, sujeitando-as ao juizo e á critica dos competentes. Que se nos releve, por isso, a audacia de invadir terreno tão movediço, e de transpor os humbraes duma especialidade, sem credenciaes para o fazer.

II

OS VARIOS MEDICAMENTOS

Diz-nos a historia das ciencias que o conhecimento da sífilis entre os povos europeus data da grande epidemia dos fins do seculo XV, por ocasião da guerra movida por Carlos VIII de França contra o reino de Napoles, logo após o regresso dos marinheiros que haviam acompanhado Colombo á viagem em que se descobriu a America.

Tendo a epidemia que então se declarou adquirido extensão e gravidade despropositadas, buscou-se desde logo um tratamento eficaz para o novo mal; e, pondo de lado grande numero de terapeuticas não científicas, embora de acordo com as idéas que no tempo se faziam da etiologia e patogenia das molestias, — ficou em campo um só medicamento, o mercurio, que sem difficuldades venceu o unico adversario sério que se procurou contrapor-lhe, o guaiaco (110).

O mercurio foi, durante seculos, o unico remedio; juntou-se-lhe mais tarde o iodo, com suas indicações restritas a determinadas manifestações; e ainda mais tarde chegou a vez do arsenico.

Ensaiado a principio com medo e com resultados pouco notaveis, este ultimo se tornou o detentor do cetro da therapia anti-luetica, após as memoraveis pesquisas de Ehrlich e sua escola, que conseguiram sucessivamente a preparação do salvarsan e do neosalvarsan. Resoam ainda por todo o globo os aplausos com que foi saudada a "therapia magna sterilisans"; os peitos respiram, desopressos; as loas se sucedem, retumbantes.

Entretanto, cedo se percebeu que a ação do novo produto não era tão infalivel, nem seu emprego tão inocente como se esperava; e voltou-se ao mercurio, voltou-se ao iodureto, não mais como medicações principaes, mas apenas a titulo de coadjuvantes, pelo menos para a maioria dos sífiligrafos.

A descoberta do bismuto, quasi tão ativo quanto o arsenico e mais do que o mercurio, foi uma nova esperança, que ainda não se desfez. Apesar de tudo, o assunto ainda não está solucionado e o accordo longe de se fazer entre os pregoeiros de cada um dos especificos; não ha usar um só: todos são necessarios, cada qual a seu tempo, cada qual no seu caso. Mas por que? é que a voga do arsenobenzol e a crença que se formou em torno da sua infalibilidade decorreu da presteza com que agia, e age na maioria dos casos, sobre as lesões visiveis, determinando a sua rapida cicatrização. Isso traz, sem duvida, grandes vantagens, principalmente para o lado da medicina social, pois, tornadas ra-

pidamente não contagiantes as lesões presentes, muito ganha com isso a profilaxia da molestia.

Sabe-se, porém, que o verdadeiro perigo da lues não se afasta com o cicatrizar das lesões visíveis; o tratamento não pôde limitar-se a visar estas, mas precisa obter a cura real do paciente, exposto, em periodo mais ou menos tardio, ás lesões da sífilis terciaria visceral, e principalmente a duas outras, rebeldes á terapeutica curativa, apenas preveníveis por tratamento intenso precoce, que lhes evite a aparição: a sífilis cardio-vascular (principalmente a aortite) e a lues nervosa (tabes e paralisia geral). Da mesma fórma que, na molestia de Bouillaud, dizemos que "o reumatismo lambe as juntas e morde o coração", podemos dizer que "a sífilis lambe a pele e as mucosas, mas morde os órgãos nobres, principalmente o tecido nervoso".

Ora, os arsenicaes, usados sós, não conseguem fazer o tratamento de fundo, profilatico da sífilis tardia; ha quem diga que o seu uso até a favorece, como veremos depois: dahi a sua insuficiencia. E é justamente com base neste fato que pretendemos alinhar as considerações que fazem o objeto deste ensaio.

Antes, porém, de o fazer, justo é que refiramos de passagem alguns outros processos terapeuticos experimentados ou em vias de experimentação:

1. *Ecisão do cancro duro.* — Descoberto o treponema qual agente causador da lues, demonstrada a sua presença na lesão inicial, o cancro duro, pareceu coerente que a extirpação cirurgica deste, quando possível, impedisse a infecção geral do organismo. Tal, porém, não se confirmou; aliás, sabe-se que pôde haver infecção luetica, e grave, sem cancro inicial demonstravel.

De insuficiencia igual a essa extirpação do cancro se increpam os tratamentos considerados profilaticos da lues pela administração dos arsenicaes por via oral: em vez da ação preventiva contra a infecção sífilítica, estes tratamentos apenas impediriam ou atrasariam o aparecimento dos sinaes da molestia, dando lugar a uma "lues decapitata", de nenhum modo impedindo o desenvolvimento ulterior da infecção tipica e assim impossibilitando o tratamento precoce, que é o unico verdadeiramente valioso (97). E' bom lembrar que esta interpretação não é unanime, e que Louis Fournier, por exemplo (26), classifica os casos em que isto acontece como banaes manifestações de arseno-resistencia.

2. *Ar quente.* — O tratamento de Holländer, fazendo incidir sobre o cancro duro uma corrente de ar a 40°, assim mumificando os tecidos superficiaes, que a seguir se extirpam, tambem

não se demonstrou util no sifiloma inicial, embora o fosse no cancro de Ducrey.

Comtudo, voltou-se recentemente a aconselhar esta pratica, não só sobre a lesão inicial, mas também sobre as secundarias, como meio profilatico do contagio, pela destruição das espiroquetas superficiaes (5).

3. *Quimioterapias pouco usadas.* — Além dos agentes quimioterapicos correntemente usados — arsenico, bismuto, mercurio, iodo —, varios outros, e numerosos, têm sido ensaiados com maior ou menor sucesso; neste numero contemos o ouro (4), o zinco, o galio, o indio, o cadmio (37), o telurio, (25), o estroncio (61), o uranio (34), o vanadio (27) — e tememos que a lista não esteja completa.

Referencia especial merece entre nós o vanadio, preparado, sob a orientação do prof. Jaime Pereira, na fórmula de tartaro-vanadato de sodio, cujo nome comercial é "Tarvan", e cuja ação cicatrizante é notavel, além de influenciar favoravelmente as reações sorologicas.

4. *Terapeutica biologica especifica - vacinoterapia e soro-terapia.* — Que nos baste dizer que estes processos terapeuticos, de efeitos tão nitidamente brilhantes em numerosas afecções, fallharam até agora completamente no tratamento antiluetico.

5. *Medicações sensibilizantes.* — Nos casos de lues rebelde á quimioterapia, especialmente nas fórmulas até bem pouco consideradas inacessiveis ao tratamento, especialmente na paralisia geral, foram obtidos resultados encorajadores, e ás vezes mesmo brilhantes (35), por meio de processos que provocam choques, geralmente com elevação de temperatura: taes a proteinoterapia (32), a sulfopiretoterapia (114), a malária, o Dmelcos. A principio esperou-se que taes metodos atuassem por si, mas hoje em dia tende-se a considera-los apenas como coadjuvantes, tornando sensível o organismo á ação quimioterapica, antes inoperante, e que assim passa a ser eficaz.

Ainda com o mesmo fim, têm-se preconizado outros meios, principalmente nos casos de quimio-resistencia a mais de uma medicação especifica: os extratos pluriglandulares, a insulina têm tido efeito util em taes circumstancias (34).

Passamos agora a fazer algumas considerações sobre as medicações arsenical e bismutica, ás quaes restringimos o objeto deste ensaio.

III

MEDICAÇÃO ARSENICAL

O arsenico, usado primeiro a titulo de tonico, coadjuvante da terapeutica mercurial, passou a ser ensaiado na sífilis depois de verificados os efeitos do atoxil nas tripanosomoses. Foi a partir deste que Ehrlich iniciou os seus monumentaes estudos, que deram em resultado a descoberta do arsenobenzol e seus derivados.

Uma grande diferença se fez desde logo notar: enquanto que no atoxil o atomo de arsenico era de valencia igual a 5, nos arsenobenzoes ele é trivalente; e descobriu-se que a ação altamente toxica do atoxil sobre o nervo optico era propriedade comum, em maior ou menor grau, aos demais arsenicaes pentavalentes.

Durante algum tempo, em razão mesmo do successo alcançado pelo salvarsan e seus derivados, os arsenicaes trivalentes foram usados de modo exclusivo; mas a preparação do estovar-sol, por Fournau, reabriu a porta aos pentavalentes, que passaram a constituir uma categoria aparte de preparados arsenicaes, de propriedades e indicações diferentes das dos trivalentes.

A. ARSENICAES TRIVALENTES

1. *Preparados.* — E' de todos sabido que o primeiro produto que Ehrlich lançou ao consumo foi o de n. 606, chamado salvarsan ou arsenobenzol. A dificuldade do seu manejo levou ao preparo do 914 ou neo-salvarsan ou novarsenobenzol, sal neutro cujo emprego dentro em pouco se tornou universal, sendo a sua atividade, mas tambem a sua toxidez, de 2/3 do preparado primitivo, sendo por isso preciso utiliza-lo em doses correspondentemente maiores, de 1 1/2 as do 606. Raros sífiligraphos permaneceram fieis ao velho 606, após a preparação do 914; entre estes se contou até bem pouco Queyrat, hoje adepto da medicação bismutica (69).

Nas considerações que a seguir faremos sobre os arsenicaes trivalentes, referir-nos-emos mais de perto ao 914 endovenoso, que constitue universalmente a base dos tratamentos de ataque da lues.

2. *Doses.* — No inicio do seu uso, mandava-se fazer o 914 de oito em oito dias, começando com 0,15 e subindo 0,15 cada injeção (salvo intolerancia), até o maximo de 0,45 para as mulheres e de 0,60 para os homens (57). E', interessante a este respeito lembrar o ensinamento do nosso querido mestre prof. Celestino Bourroul, que, em artigo publicado em 1918 (10), mandava injetar o 914 de quinze em quinze dias, fazendo no inter-

valo uma injeção de óleo cinzento por via intramuscular; fazia-se, assim, uma injeção por semana, mas cada preparado só se repetia após quinze dias.

Hoje, a orientação dominante é dar doses bem mais altas.

O tipo de administração mais seguido é o de MILIAN (56), que considera ativa a dose de 0,015 por kilograma corporal (chegando a dar 0,02 si o paciente suporta), repetida quatro a dez vezes, com intervalo de cinco dias, que tal é o tempo durante o qual o medicamento se mantém no organismo; si ultrapassado esse prazo, já não se obterá o efeito desejado. Assim, para um homem de 70 kgs. de peso, para o qual a dose ativa é de 1,05, manda injetar:

0,30 - 0,45 - 0,60 - com 3 dias de intervalo; duas vezes 0,90 e tres vezes 1,05 - com 5 dias de intervalo.

GOUGEROT (36) manda fazer 0,15 para tatear a tolerancia, e em seguida 0,90 de sete em sete dias, até totalizar 0,10 por kilograma corporal; intercala uma injeção intramuscular de bismuto entre cada duas de salvarsan.

SICARD (36), para a sífilis nervosa, recomenda 0,30 tres vezes por semana, portanto, praticamente, dia sim, dia não.

Ontros ainda (PINARD, VERNIER, Mlle. VERSINI) (66) fazem, no primeiro dia, 0,15 de manhã e 0,75 á tarde; e em seguida, com um ou dois dias de intervalo, 0,90 de manhã e 0,75 á tarde.

Os americanos POLLITZER, ORMSBY e D'AUDRY (14) mandam dar 0,90 tres dias seguidos, mantendo o doente no leito e em dieta lactea; em seguida, fazem tratamento bismutico ou mercurial.

SEBASTIANELLI (91) preconiza injeções cada dois dias, começando com 0,60 (raramente com 0,45) e repetindo 0,90 quatro a dez vezes, atingindo em alguns casos 1,05 e até 1,35 em cada injeção; para tal conseguir com boa tolerancia, faz a solução do sal em 1 ou 2 cc. de amino-acidos hepaticos.

— Taes são os principaes tipos de tratamento que se aconselham, como os unicos susceptiveis, não só de livrar o doente dos seus accidentes visiveis, mas tambem de prevenir as manifestações tardias.

As opiniões atuaes são mais ou menos unanimes, no que se refere ao tratamento pelo 914, em que se deve faze-lo assim intenso, ou dele se abster por completo. As pequenas doses — quaes as que antigamente se preconizavam — são mais prejudiciaes que uteis: dão uma ilusão de cura (embora nem sempre pela regressão das manifestações cutaneas e mucosas, mas tornam as espiroquetas arseno-resistentes (em alguns casos apenas salvarsan-resistentes, continuando elas sensiveis a outros preparados arse-

nicaes) e inacessíveis a futuros tratamentos, por intensos que sejam; e esta resistencia se transmitiria aos outros doentes que aquele assim insufficientemente tratado viesse a contaminar: porque em certos casos o doente é contagiante mesmo durante esses tratamentos insufficientes (65).

E as altas doses? livram sempre elas das resistencias? é o que veremos mais adiante.

3. *Acidentes.* — Não é nosso intuito descrever, nem sequer enumerar, os varios accidentes que se têm verificado com o uso dos arseno-benzoës, dos pequenos sinaes de intolerancia á apoplexia serosa. Pomos de lado, igualmente, a discussão dos phenomenos de reactivação, que não são propriamente accidentes, mas conflictos therapeuticos (55-56-111), requerendo intensificação do tratamento e não sua atenuação ou parada.

Desejamos apenas lembrar que ha sempre accidentes reaes a temer, nem sempre previsiveis ou evitaveis.

Dividimo-los, de acordo com a sua causa, em duas classe: os imputaveis á toxidez do preparado e os devidos a estados particulares do organismo que o recebe.

a) *Acidentes devidos á toxidez do produto.* — A molecula salvarsanica é extremamente complexa; o seu modo de preparação delicadissimo, e — mesmo cercado das garantias que oferecem laboratorios especializados — nem sempre o produto obtido é igual a si mesmo e isento de impurezas, para corresponder aos fins colimados na sua descoberta: o maximo de ação therapeutica, como o minimo de toxidez. Por isso é que, depois de fabricada, cada partida do sal é submetida a cuidadosos experimentos quimicos e biologicos, com o fito de verificar-lhe a pureza, a atividade e a toxidez. O neosalvarsan original, exposto ao consumo pelos seus fabricantes, só tem a sua venda permitida após aprovação pelos tecnicos a tal fim adstritos.

Isso não impediu que, em 1925-1926, o quimico belga DE MYTTENAERE, examinando partidas aprovadas de neosalvarsan original, encontrasse nelas impurezas, ás vezes em quantidades sensiveis, chegando a propor o estabelecimento dum indice de toxidez, que dominou D. M. (59-60).

E' sabido tambem que o arsenobenzol, depois de dissolvido, rapidamente se oxida (após cerca de dez minutos), pelo que deve ser injetado sem demora; a mesma oxidação se produz pela eventual penetração de ar nas empolas, o que facilmente se reconhece pela alteração da cor do pó.

Embora o aperfeiçoamento diario da tecnica da preparação e o rigor dos exames previos tornem cada vez menos provaveis os accidentes devidos á impureza do produto, esta póde existir, não havendo um processo seguro de distinguir as soluções alte-

radas e tornadas toxicas, segundo o reconhece publicação recentissima da casa produtora do medicamento original (100).

b) *Acidentes devidos a condições particulares do doente.* — São bem conhecidas as contra-indicações ao uso do 914; também sobre este ponto não nos cabe insistir. Mas a verdade é que, mesmo observando todas as precauções indicadas (sobre as quaes mais adiante nos estenderemos mais um pouco), casos ha imprevisíveis, nos quaes se produzem accidentes, por vezes mortaes (19-23); a apoplexia serosa, por exemplo, que se costuma observar principalmente após a terceira injeção e é praticamente mortal em todos os casos, manifesta-se em individuos sem tara organica aparente, e tanto em consequencia duma dose fraca, como após uma quantidade maior do sal.

c) *Profilaxia dos accidentes.* — Para prevenir, na medida do possivel, a superveniencia de accidentes, aconselha-se:

1.º Antes de tudo, um *exame cuidadoso das indicações*. Na sífilis primaria, no periodo pre ou pos-humoral, quasi ninguém discute a indicação do arsenobenzol; mas, si se trata dum doente em pleno periodo secundario, ou dum sífilítico antigo que nunca fez ou ha muito não faz tratamento, aconselha-se começar com o mercurio (ou com o bismuto), só depois empregando o 914, para prevenir reativações viceraes violentas, que podem até ameaçar a vida do doente, conforme o orgão em que se localizarem.

2.º Mesmo que a indicação seja indiscutivel, cabe perquirir cuidadosamente também as *condições organicas do paciente*, especialmente quanto ao aparelho circulatorio, á existencia dum estado timo-linfatico, etc. Insistir aqui seria fazer um estudo das contra-indicações do tratamento arsenical, o que não entra nas nossas intenções. Lembraremos apenas as propriedades anti-coagulantes e portanto hemorragiparas do salvarsan.

3.º Resolvida a applicação do 914 e escolhida a dose, cumpre atentar para a *procedencia do produto* e para o *aspecto do sal* contido na empola, para verificar si uma alteração da cor não está indicando oxidação do preparado.

4.º Aceita a empola do sal, ha que fazer a *escolha do solvente*. O mais comumente usado é a agua bidistilada (alguns exigem que seja tridistilada); ultimamente, porém, tem sido aconselhada a adição de numerosas substancias, com o fito de diminuir os riscos. Como taes, indicam-se:

a) o soro fisiologico (contra-indicado por alguns);

b) a glicose, só ou com adrenalina (o "Arseno-Solvent" é um soro glicosado com gaiacol e cloretona, aconselhado para tornar indolores as injeções intra-musculares do salvarsan);

c) a galactose;

- d) a lactose (á qual alguns atribuem ação especifica, tratando-se em tal caso dum coadjuvante);
- e) o hiposulfito de sodio (68-90);
- f) os amino-acidos hepaticos (91);
- g) o dehidrocolato de sodio (Decholin);
- h) a insulina;
- i) o brometo de estroncio;
- j) o septo-iodo (49);
- k) o eter (91);
- l) o bicarbonato de sodio (91);
- m) o eosinato de cesio (91);
- n) o calcio, seja o cloreto, seja, mais recentemente, o gliconato;
- o) a uréa com cloreto de estroncio;
- p) a histidina com triptofano;
- q) o sangue do proprio doente.

5.º Fervidas a agulha e a seringa, de preferencia em agua destilada, aconselha-se que se espere o seu *resfriamento*, pois o calor favoreceria a oxidação do salvarsan (6).

6.º No que se refere á *quantidade do solvente*, especialmente em se tratando da trivial agua destilada, dividem-se as opiniões em si se deva fazer a solução concentrada ou diluida. RAVAUT preferia apenas 1 a 2 cc. do liquido; já MILIAN (56) aconselha 1 cc. para cada centigrama de sal: haveria aqui o inconveniente da demora da injeção (30 cg. seriam injetados em dez minutos), pois vimos acima que o 914, depois de dissolvido, começa a oxidar-se já minutos após. As soluções diluidas, porém, têm a vantagem de se poder cessar a injeção logo que se manifeste qualquer sinal de intolerancia, antes que haja penetrado uma dose grande; além disso, si ocorresse extravasamento do liquido fóra da veia, a causticidade seria menor.

Entre nós, costumam-se empregar 5 a 20 cc. de liquido, seja ele a agua, seja um sal de calcio, seja o decholin, etc. SEBASTIANELLI, que recomenda a dissolução em hepato-aminas, manda utilizar 1 até 3 cc. apenas, por altas que sejam as doses.

7.º O *jejum*, mas não absoluto, pre e pos-injeção, é uma pratica que nem todos respeitam, mas que tem valor.

8.º Na introdução do medicamento na veia, todos concordam que se deva *injetar lentamente*. Mandam até alguns autores que se aspire uma certa quantidade de sangue, conservando a solução medicamentosa em contato com este antes de a injetar; com isso se visa fazer sofrer ao salvarsan, antes de penetrar no organismo, as alterações moleculares que neste iria ter, e des-

sa forma se impediriam os accidentes immediatos: é o que se chama hemoexofilaxia (19). Outros ainda aconselham conservar o braço amarrado durante a introdução do medicamento, só o desamarrando, para restabelecimento da circulação venosa, alguns minutos após (6): o resultado seria o mesmo, mas o processo seria hemoendofilaxia.

9.º Terminada a injeção, é de vantagem que o doente se conserve em repouso, tanto quanto possível; si tiver de ser transportado ao seu domicilio, o veiculo escolhido deve ter andamento macio.

Em seguida, haverá o cuidado de lhe tomar a temperatura frequentemente, para orientação da dose a dar na injeção seguinte, dose essa que será igual ou menor que a ultima administrada, no caso de haver alguma reação.

10.º Como auxiliares da prevenção dos accidentes, gabam-se o assucar por via oral (63), a adrenalina, per os (de preferencia antes da injeção) ou em injeção (como tratamento da crise nitritoide); o bicarbonato de sodio, pela boca ou em injeção, etc.

— Na maioria dos casos, comtudo, bem poucas das precauções acima são tomadas; a observancia integral delas por certo reduziria ainda mais os accidentes arsenicaes, que, embora não frequentes, têm semeado o panico, não só entre os pacientes, mas tambem no meio dos proprios medicos.

De fato, apesar de todas as cautelas, podem dar-se accidentes, e graves, imputaveis a uma transformação toxica do produto, nem sempre reconhecivel, ou a uma sensibilidade especial do paciente, tambem impossivel de se prever. Sob este ultimo ponto de vista, seria de desejar que se confirmassem e generalizassem as interessantes pesquisas de BOSKOVIE' e DREDUN (8) acerca da intra-dermo reação reveladora da sensibilidade ao arseno-benzol.

4. *Arseno-resistencias.* — Embora inegavel a eficacia do salvarsan, pelo menos sobre as manifestações cutaneo-mucosas da sífilis, a sua falibilidade cedo se demonstrou, pela verificação de doentes arsono-resistentes, ou pelo menos salvarsan-resistentes — sensiveis estes a outros arsenicaes (88), resistentes aqueles a todos os derivados do metaloide.

Este assunto já tem sido muito discutido e não pretendemos explana-lo longamente. Diremos apenas:

a) que ha casos em que a arsono-resistencia desaparece com a applicação de meios auxiliares (auto-hemoterapia, proteino-terapia, sulfopiretoterapia, malária, opoterapia pluriglandular, insulina, etc);

b) que a maioria dos arsono-resistentes são sensiveis ao bismuto;

c) os raros casos resistentes tambem ao bismuto cedem muitas vezes ao mercurio;

d) os arseno-bismuto-hidrargiro-resistentes são muitas vezes sensíveis a outras medicações: ouro, vanadio, uranio, zinco, etc.

— Costuma-se atribuir a maioria dos casos de arseno-resistencia á criação de gerações de espiroquetas resistentes em consequencia da aplicação de doses insuficientes, tenha essa aplicação sido feita no proprio paciente (107), tenha ocorrido ela no doente que infeccionou aquele de quem se trata. Esta explicação, comtudo, não convém a todos os casos, pois muitas vezes se observam dois pacientes infectados pela mesma fonte (dois conjugos, por exemplo) e tratados com egual intensidade, sendo um dos doentes sensível e o outro resistente á medicação.

Estas resistencias medicamentosas, é bom lembrar, não são privilegio da terapeutica arsenical, mas tambem se notam com as demais; e como é raro que um doente seja poliresistente, aconselha a maioria dos autores que se recorra á medicação mixta; outros estribam-se justamente nisto para preconizar terapeutica unitaria, alegando que com a mixta não se descobrem as resistencias, da mesma fórmula que, no caso de accidentes tardios, não se sabe qual dos medicamentos incriminar.

Uma fórmula interessante de arseno-resistencia é aquela que consiste na agravação, sempre crescente, da molestia, a cada nova aplicação terapeutica; é a estimulo-arseno-resistencia, diferente da reação de Herxheimer em que esta é passageira, após ela sobrevivendo melhora, enquanto que, na reação de resistencia (de Gougerot e Fernet (34) as peoras são sempre crecentes.

5. *Arseno-recidivas.* — Uma outra modalidade da resistencia ao salvarsan é representada pelas arseno-recidivas: o organismo sente os beneficios da medicação, mas, logo que esta cessa de ser aplicada, voltam as manifestações, sob fórmula identica ou diferente (34-101), ainda que as reações sorologicas permaneçam negativas, si tal foi obtido pela aplicação arsenical; quer dizer que o arseno-benzol consegue, nestes casos, atuar sobre as lesões existentes, mas não protege o organismo contra as futuras.

Tambem os doentes em que tal ocorre costumam melhorar por um dos processos acima indicados com que se triunfa da arseno-resistencia, principalmente pela mudança do medicamento (especialmente empregando então o bismuto).

B. ARSENICAES PENTAVALENTES

Pouco pretendemos dizer a respeito destes preparados, uma vez que, como veremos, suas indicações são restritas no tratamento de ataque inicial, ponto principalmente visado por estas notas.

Como já dissemos atrás, após a descoberta do neosalvarsan (e mesmo do salvarsan), e principalmente em consequencia da verificação do efeito nocivo do atoxil sobre o nervo optico, os arsenicaes pentavalentes caíram no esquecimento da terapeutica antisifilitica, até a descoberta do estovarsol de Fourneau.

Hoje, os arsenicaes pentavalentes, principalmente o estovarsol sodico e o acetilarsan, têm de novo seu lugar no tratamento da lues, mas com indicações diferentes dos dotados de trivalencia, principalmente do novarsenobenzol. Mesmo os campeões da therapia pelos pentavalentes não os recomendam para o tratamento de ataque inicial, reservando-os antes para a sífilis nervosa, onde o neosalvarsan não age, a menos que se lance mão dos metodos sensibilizantes já lembrados, principalmente da malaria.

Os pentavalentes não têm tropismo acentuado para o sistema vago-simpatico (84), causa das crises nitritoides; mas têm predileção pelos nervos sensoriaes, principalmente o optico e o acustico, pelo que precisam ser usados com cautela e discernimento das indicações.

Podem eles tambem dar causa a accidentes graves e até mortaes, embora o seu emprego comum por via intramuscular e oral, não por via venosa, os torne em geral mais benignos que os do arsenobenzol endovenoso.

Os pentavalentes têm tambem a vantagem de ser eficazes por via oral (estovarsol, treparsol), o que, com os trivalentes, não se generalizou, apesar do Sanluol; por essa comodidade de uso, foram aconselhados como profilaticos do contagio luetico, para a terapeutica infantil e para as afecções gastro-intestinaes (infecções por protozoarios), em que o arsenico tem copiosas indicações.

IV

MEDICAÇÃO BISMUTICA

Não faz quinze anos que o bismuto é de uso corrente na terapeutica da sífilis; apesar disso, é um vencedor: podemos afirmar que é hoje o mais empregado dos medicamentos antilueticos, aparecendo dia a dia novos preparados e aperfeiçoando-se a cada passo a sua preparação.

Deve isso á sua atividade superior á do mercurio e quasi igual á do arsenico, mesmo sobre as lesões contagiantes, com perigos menores que os deste ultimo.

1. *Vias de introdução.* — O bismuto é quasi exclusivamente usado em injeções intramusculares; ha, porém, quem gabe os efeitos da via venosa e ultimamente até quem lhe reconheça efi-

cacia por via oral; veremos rapidamente estas tres maneiras do seu emprego.

a) *Via intra-muscular.* - Sendo a via subcutanea geralmente dolorosa e raros preparados podendo ser por ela injetados, a via intramuscular é ainda a empregada na imensa maioria dos casos.

Por via intra-muscular, injeta-se o bismuto metalico em natureza ou numerosos de seus compostos, em solução ou em suspensão, aquosa ou oleosa (ver mais adiante — fórmulas farmaceuticas). E' interessante notar que o arsenico tem sua eficacia terapeutica condicionada pela composição molecular do preparado, e que a toxidez excessiva da maior parte deles só permite o emprego dum numero restrito de compostos; enquanto isso, no bismuto o que influe é o metal em si (3) e os varios saes que se empregam visam mais a tolerancia, a rapidez de absorpção e de eliminação, e a dor; mas em todos eles o que importa para medir a eficacia curativa é a riqueza em bismuto metalico. Dessa circumstancia decorre o numero imenso de preparações que o comercio explora.

Tem-se ensaiado fazer preparados mixtos, associando o bismuto principalmente ao iodo, mas tambem ao mercurio, ao arsenico e tambem a mais de um destes especificos; até a associação salvarsanica já se ensaiou. Além do que diremos mais adiante sobre as fórmulas farmaceuticas, anexamos uma lista dos preparados bismuticos, classificando-os primeiro por ordem alfabetica e depois de acordo com a composição quimica e a apresentação farmaceutica.

b) *Via intra-venosa.* - A maioria dos sifiligrafos (6-19-39-99) rejeitam esta via, como aumentando de muito a toxidez do bismuto e não trazendo vantagens sob o ponto de vista terapeutico: num caso, após vinte injeções endo-venosas, feitas em 52 dias, ainda se notava a presença de espiroquetas (39). E a maioria dos accidentes mortaes são justamente consequentes ao emprego da via intra-venosa (1-2).

Entre nós, este metodo tem alguns partidarios (7-12-64), havendo mesmo recentemente sobre o assunto tido lugar interessante polemica entre o dr. Bonifacio de Castro Filho, partidario do metodo, e o dr. Americo Valerio, seu adversario (12-13-105-106).

Para esta via, reservam-se, como é natural, as soluções aquosas, havendo quem preconize as suspensões coloidaes, que têm a vantagem de dosar o metal em miligramas e por isso tornar menos provaveis as intoxicações (72 a 79).

c) *Via enteral.* - Embora largamente empregado pela boca e pelo reto, no tratamento de afecções gastro-intestinaes, é geralmente o bismuto considerado ineficaz como antisifilitico, quando aplicado por estas vias. Ha, contudo, quem lhe reconheça

ação por via retal, além das recentes pesquisas de KOLMER (45), que tendem a demonstrar a sua atividade, também dado pelo bo-
ca, para os tratamentos de consolidação. Aconselha este autor o tartaro-bismutato de potassio em solução hidro-glicérica a 1:200:

Tartaro-bismutato de potassio e sodio — 1,0

Agua distilada

Glicerina

)
) aa 100,0
)

para tomar uma colherinha tres vezes por dia, após as refeições.

2. *Fórmias farmaceuticas.* — Conforme a molecula em que se encontra, o bismuto é ou não soluvel, na agua e no oleo; dahi as quatro classes seguintes, adotadas por Clément Simon, e que, si reúnem em cada um dos grupos preparados disparees, permitem ao menos alguma ordem no estudo:

soluções aquosas
" oleosas
suspensões aquosas
" oleosas.

a) *Soluções aquosas.* - Têm absorpção mais rapida e eliminação igualmente também mais pronta; por isso mesmo, agem rapida, porém bruscamente e por pouco tempo. Indicam-se como corolario, nos casos em que se precise de efeito urgente, mas não servem para tratamento de fundo. Precisam, além disso, ser repetidas a miudo, pela rapidez de sua eliminação, e são geralmente dolorosas, embora, aqui como em tudo o mais, não haja regra sem excepção. Registremos de passagem que, para os que adotam o bismuto por via venosa, é esta a fórmula farmaceutica empregada na quasi totalidade dos casos.

b) *Soluções oleosas.* - Esta classe encerra uma série de preparados de emprego recente, mas cada vez mais extenso: os lipo-soluveis, que são absorvidos com presteza, têm toxidez reduzida e atividade notavel (16-69-70); supõem os sifiligrafos mais autorizados que será esta a classe de bismutos que reterá as preferencias unanimes, dentro em breve.

c) *suspensões aquosas.* - São ativas, mas também geralmente dolorosas; segundo Cl. Simon, predispoem, mais que as outras fórmias farmaceuticas, a certos accidentes, quaes a crise nitritoide e a tendencia sincopal.

d) *Suspensões oleosas.* - Antes da introdução dos liposoluveis, esta classe encerrava (e ainda encerra, segundo todas as probabilidades) a maioria dos preparados bismuticos que se empregam. São pouco dolorosos, ativos, de eliminação lenta (por

isso injetáveis com intervalos maiores, o que em certos casos não deixa de ter sua importância), absorção também mais lenta e por isso mais doce atuação.

O prof. GOUGEROT classifica um certo numero destes preparados numa seção aparte, que ele chama de *semi-insolúveis* e a eles dá as suas preferencias, "porque o estudo da eliminação urinaria e sobretudo as radiografias em série demonstraram a sua reabsorção regular e completa" (36). Como semi-insolúveis são considerados os iodoquinatos, os canfo-carbonatos e os colesteroes, que, para a classificação que seguimos (de Simon), seriam respectivamente insolúveis no óleo e lipo-solúveis.

3. *Doses.* — No inicio do emprego do bismuto, preconizavam-se doses altas, a exemplo do que se aconselha para o salvarsan; hoje dão-se quantidades muito menores, aconselhando-se injetar por semana 0,001 a 0,0013, raramente 0,002 por kilograma corporal, elevando-se o total da cura de 0,012 a 0,016 por kilo.

Quanto á orientação do tratamento, SIMON (99) aconselha 0.04 por injeção, duas vezes por semana, em séries de 16 picadas. GOUGEROT manda fazer só doze injeções bissemanaes, sendo dez dum dos preparados que qualifica de semi-insolúveis, substituído na 11.^a e 12.^a por um sal propriamente insolúvel (carbonato ou hidróxido), afim de manter o organismo impregnado do medicamento durante o periodo de repouso. O mesmo aconselha ainda, em alguns casos, intercalar entre cada meia duzia de injeções bismuticas uma série de vinte dias de supositorios argento-mercuriaes.

4. *Acidentes.* — Da mesma forma que com o arsenico, têm-se observado com o uso do bismuto accidentes de maior ou menor gravidade, e até mesmo mortaes (1-2-15-17-87), estes ultimos principalmente com o emprego da via venosa, como dissemos mais acima.

Para a profilaxia de taes accidentes, impoem-se tambem, como no caso do arsenico, um certo numero de precauções, algumas relativas ao medicamento, outras ao organismo.

Das inerentes ao organismo, cumpre o seu exame meticoloso, com especial cuidado para o lado dos emunctorios (principalmente os rins), não esquecendo a ativa eliminação gengival, com possível ataque dos dentes, da mesma forma que acontece com o mercurio.

As precauções a tomar com referencia aos preparados resumem-se:

a) na escolha da forma farmaceutica, atendendo ás indicações de cada uma e verificando si, por exemplo, a rapidez da reabsorção dos preparados soluveis não poderia causar fenome-

nos de reativação (reação de Herxheimer) em viceras nobres, passíveis de comprometer o organismo;

b) na *escolha das doses*, recordando as considerações feitas mais acima sobre a desnecessidade de doses excessivas;

c) no *espaçamento das injeções*, lembrando que os preparados insolúveis, que permanecem por mais tempo na economia, devem ser dados com intervalos maiores, para evitar a acumulação das doses.

Não nos referimos aos cuidados de técnica, tendentes, por exemplo, a evitar a penetração accidental num vaso, seja dum sal insolúvel, para isso impróprio, seja dum preparado solúvel, mas em dose inadequada para a via venosa: estes casos não são accidentes, mas sim erros de técnica.

Aconselha-se para o bismuto, como para o arsenico, a adjunção de certas substancias dessensibilizantes, quaes, por exemplo, os amino-acidos hepaticos (28-29), que têm dado resultados satisfatórios quanto á melhora da tolerancia.

5. *Resistencias*. — Quando falámos das arseno-resistencias, referimo-nos já á possibilidade de bismuto-resistencias, da mesma fórma que de resistencias multiplas. O remedio para elas já lá foi tambem lembrado: substancias sensibilizantes ou troca de especifico.

Julgamo-nos dispensado, por isso, de maiores minucias a respeito.

6. *Recidivas*. — Ha tambem a possibilidade de recidivas pos-bismuticas, mas são menos comuns que com o arsenico, salvos os casos de tratamento insufficiente, pois, como veremos mais adiante, o bismuto parece exercer ação de fundo mais intensa.

O ativar de lesões existentes (estimulo-resistencia) é tambem menos comum, graças á ação mais doce do bismuto, especialmente quando se usam preparados insolúveis.

V

MODO DE AÇÃO DO ARSENICO E DO BISMUTO

Até algum tempo atrás, principalmente entre os medicos não especialistas, o diagnostico de sífilis, em qualquer periodo e com qualquer manifestação, equivalia ao 914, salvas as contra-indicações formaes, estas mesmas nem sempre perquiridas com cuidado ou discernidas com criterio suficiente. Obtinham-se com isso bons resultados, mas observavam-se com frequencia accidentes, que, embora não mortaes, chegavam em certos casos a lesar órgãos essenciaes, especialmente o figado, tornando mais tarde inapli-

cavel um tratamento especifico intenso, desta vez necessario em verdade.

Aceito hoje, como está, por muitas autoridades da materia, que o modo de atuar do arsenico não é identico ao dos outros especificos antilueticos, não mais se justifica aquele modo de proceder.

A acção que atualmente se reconhece ao arsenico (44) é a de destruir com rapidez os treponemas que consegue atingir; ao contrario, o bismuto agiria estimulando a defesa natural do organismo, provocando maior formação de anticorpos, que, estes, iriam agir sobre os germens da infecção. Taes defesas seriam, independente de estímulos extranhos, exaltadas pela intensidade das reacções cutaneas, sendo a sífilis tanto mais benigna para o futuro quanto mais acentuadas as manifestações de secundarismo.

E a existencia desta imunidade natural — aliás caso particular das manifestações imunitarias que o organismo apresenta, em maior ou menor grau, contra todas as infecções — é evidenciada antes de tudo pelos fatos, raros, mas verificados, da cura espontanea da molestia (113).

Posta a questão nestes termos, o arsenico só seria indicado muito no principio da infecção, quando seria — pelo menos teoricamente — possivel a esterilização completa do organismo, pela exterminação de todas as espiroquetas nele presentes.

Fóra disso, o arsenico, mesmo em alta dose, seria antes prejudicial que eficaz, e mesmo acontecendo quando é dado, embora precocemente, em doses, insuficientes (81); num e noutro caso, não seria ele capaz de destruir todos os treponemas: no primeiro, pela applicação tardia, quando a pululação já é excessiva; no segundo, pela applicação oportuna, mas fraca. E, incapaz de matar todos os germens, seria prejudicial por impedir a livre manifestação dos fenomenos imunitarios. O treponema, assim acosado mas não atingido, iria acantonar-se no sistema nervoso, dando causa á sífilis nervosa tardia, muito mais terrivel que a precoce, pois esta, sendo localizada nas meninges, e não propriamente no tecido nervoso, é accessivel ao tratamento.

Para alguns sifiligrafos, ainda, mesmo dado precoce e intensamente, o arsenico, sósinho, é incapaz dum tratamento de ataque eficaz: dever-se-ia isso á existencia, ao lado da forma vegetativa conhecida da espiroqueta, de outras formas especiaes de reprodução, visiveis (espiroquetogenos de Manouélian 53) ou não (4-109). E o arsenico, ativo sobre as formas vegetativas, não o seria sobre as de reprodução, que, estas, iriam mais tarde povoar de germens zonas quaes o tecido nervoso central, que não obedece ás leis comuns de imunidade (67-94-96).

(continúa)

Endereço: Espírito Santo do Pinhal.

Cirurgia conservadora do ovario (*)

Dr. Eurico Branco Ribeiro

Cirurgião da Beneficência Portuguesa e do Sanatório Santa Catharina.

A cirurgia já teve a sua época demolidora e vae entrando agora, a passos largos, por uma era em que o conservantismo está ditando regras. Em varios capitulos da pathologia cirurgica as tendencias moderadoras estão se firmando e isso constitue, sem duvida, uma notavel modificação na arte de operar visando o progresso da sciencia de curar.

O nosso intuito, hoje, é focalizar aqui a moderna orientação da cirurgia do ovario, que é francamente conservatorista. Salvo os casos de tumor maligno do organo, em que a extirpação total ainda é a regra, querendo muitos que a acção demolidora abranja tambem o outro ovario, mesmo quando não apresente lesão patente — em todas as outras eventualidades cirurgicas a conservação de um pedaço são do ovario tem sido tentada com pleno exito. Em casos de kysto dermoide bilateral, a extirpação total de um lado e parcial do outro foi feita por Duouing e Guilhen em 1931; por Iribarne a Chevalier em 1933 e por Lastra e Zabala anteriormente. Ahumada e Caviglia deixaram restos de ovarios em um caso de ovarite suppurativa dupla. E Roberto Gandolfo Herrera teve conducta conservadora ao intervir por prenhez ectopica em uma enferma que já soffrera uma ovariectomia unilateral por ooforite suppurativa. Todos elles, como se vê, agiram na premencia de circumstancias clinicas especiaes, diante da necessidade de resalvar uma funcção preciosissima para a doente. De nossa parte, temos recorrido á cirurgia conservadora do ovario, nestes ultimos tempos systematicamente, mesmo em contingencias bem diversas daquellas acima apontadas. Nos casos de annexite e ovarite, ainda que unilateral, temos deixado sempre um pedaço de ovario que nos pareça menos affectado ou que se mostre indemne. Nos casos de kysto seroso, mesmo quando apresente um volume grande, temos podido respeitar algum tecido ovariano. E' claro, como bem accentua Ahumada, que "a intervenção se tor-

(*) Comunicação á Sociedade dos Medicos da Beneficencia Portuguesa em 3 de Outubro de 1935.

na mais difficil, que é menos brilhante e que o cirurgião fica menos satisfeito com a technica e a belleza do acto operatorio, mas o resultado posterior é indiscutivelmente muito bom". Não haverá aquella elegancia e rapidez no extirpar um kysto de ovario, mas, nas mãos de um cirurgião habil não será menos brilhante a dissecação de um kystoma e recomposição do ovario com a lamina arredondada de tecido são que lhe foi possível preservar. O isolamento do kysto é perfeitamente realizavel, mesmo quando se rompe a sua capsula ás vezes assaz delgada. Uma leve incisão a bisturi offerece brecha para a introdução da ponta romba de uma tesoura fechada, que facilmente se mette pelo plano de clivagem, destacando completamente o kysto do tecido ovariano conservado, das folhetas distendidas dos ligamentos proximos e da trompa com o respectivo pavilhão, que em geral se abre em leque por sobre a parede do tumor.

Essa conducta cirurgica nos parece melhor do que aquella proposta por Schafer em 1921 e seguida por Fox e que se resume no seguinte: incisar o kysto, exvasial-o, reseccar uma parte da sua parede e inverter o restante, de sorte que o liquido secretado cahia directamente no peritoneo, onde será reabsorvido. Trata-se, em summa, de um processo semelhante ao da inversão da vaginal no tratamento da hydrocele. Não seria mais cabivel abrir discussão sobre o methodo primordial da punção como tratamento dos kystos do ovario. Tantos foram os exitos lethaes, tantas as recidivas, tantas as complicações que já mesmo antes da era da asepsia o methodo cahira em descredito.

A therapeutica conservadora das affecções do ovario se funda na observação de que um pequeno fragmento, por menor que seja, é sufficiente para assegurar uma boa funcção. E' por isso que Nicholson affirma que não é a quantidade do orgam preservado, senão a sua qualidade e as suas condições de vitalidade por uma conveniente irrigação que garantem as funcções do ovario. Aliás, segundo informa Herrera, Lipschutz e Wagner provaram experimentalmente em animal que a conservação de um pedaço de ovario é sufficiente para preencher as suas funcções, verificando ainda que o fragmento restante dentro de algum tempo augmenta consideravelmente de tamanho.

Essas considerações nos foram suggeridas por um caso que recentemente operámos e cuja observação, em resumo, é a seguinte:

R. P., 20 annos, solteira, espanhola, branca, residente nesta Capital. Foi internada de urgencia no quarto 43 do hospital da Beneficencia Portuguesa, em 18 de Setembro de 1935. Contava que a cerca de um anno teve dores fortes na fossa iliaca direita, acompanhadas de vomitos. Passou bem até 15 dias atrás, quando de novo foi accommettida de dores fortes no mesmo logar, tambem seguidas de nauseas e vomitos. A crise forte passou logo, restando um pouco de dor. Agora nova crise sobreveio, com dores irradiadas para a coxa direita, e, chamado um collega, este indi-

cou intervenção de urgencia, tendo feito o diagnostico de appendicite aguda recidivante. A doente não apresentava febre, os vomitos tinham cedido, pulsação normal. Intestinos funcionando normalmente. Menstruação com ligeiras colicas, tendo descido em fins de agosto. Ao exame somatico, dor ao nivel da fossa iliaca direita, percebendo-se pela palpação cuidadosa do hypogastrio um tumor arredondado, liso, movel, indolor, situado mais para a direita do que á esquerda. Linha alba pigmentada. Ausencia de secreção á expressão dos seios. O exame pre-operatorio revelou: Tempo de coagulação, 10'; tempo de sangramento, 3'; taxa de hemoglobina, 64 %; globulos vermelhos, 3.600.000; globulos brancos, 11.000; urina acida, com traços de albumina e ausencia de glycose, acetona e acido diacético, revelando o exame microscopico leucocyts degenerados e cellulas de descamação (Dr. A. Rodrigues Netto).

Afastada a hypothese de gravidez diante da anamnese e das pesquisas feitas e diante da disposição com que a moça acceitava uma intervenção cirurgica, foi firmado o diagnostico de kysto do ovario direito com crises passageiras de torção do pediculo.

Operação n.º 3.946, em 19 de Setembro de 1935. Operador, dr. Eurico Branco Ribeiro; assistente, dr. Nelson Rodrigues Netto. Anesthesia racheana com 2,7 cc. de Surocaina a 5 %, previa retirada de 4 cc. de liquor, sendo feita a seguir uma injeção de Cardiazol-ephedrina. Marcha da anesthesia, boa. Incisão de Pfannenstiel. Aberto o peritoneo, encontrou-se um grande kysto do ovario direito, que deslocava o utero para a esquerda; no ovario esquerdo havia tambem um kysto seroso do tamanho de um ovo de gallinha. Extirpação do kysto do ovario esquerdo, mediante dissecação e recomposição do organo por meio de sutura. Puncção de um pequeno kysto do pavilhão da trompa esquerda. Puncção a trocate do grande kysto do ovario direito, dando vasão a cerca de 500 cc. de liquido claro. Abertura do kysto e dissecação de sua parede, no ponto em que estava em contacto com o ovario. Recomposição do ovario direito por meio de sutura continua a catepute. Pesquisa do appendice, que se achava de aspecto normal. Appendectomy pela technica habitual. Fechamento do ventre. Duração do acto cirurgico, 37 minutos.

Endereço: Caixa Postal 1.574.

AUTORES CONSULTADOS

Julio Iribarne e Raul Chevalier: "Sobre um caso de cirurgia conservadora de ovario". Boletim de la Soc. de Obstetricia y Ginecologia de Buenos Aires, XII, 525, 13 de Setembro de 1933.

Fox, Ahumada e Thwaites Lastra: Discussão do trabalho acima citado.

Roberto Gandolfo Herrera: "Cirurgia ultraconservadora de ovario", Segundo Congresso Argentino de Obstetricia y Ginecologia, Buenos Aires, 810, 1934.

Estudos Cirurgicos

1.ª serie - 1 vol. fartamente illustrado
PREÇO 15\$000 - PEDIDOS AO AUTOR:
Dr. Eurico Branco Ribeiro
CAIXA 1574. SÃO PAULO



DYSENTULIN

EM PILULAS E EM PO'

(ácido-iodo-ortho-oxoguinolin-sulfônico)

Este producto é um ESPECIFICO CONTRA A DYSENTERIA AMEBIANA como a quinina na malária. Ao contrario da emetina tem acção sobre os kystos e formas muito novas das amebas, IMPEDINDO A PASSAGEM DA DOENÇA AO ESTADO CHRONICO; não apresenta phenomenos de intoxicação. Therapia ideal para as formas agudas, chronicas e para a prophylaxia.

MODO DE USAR — 3 PILULAS

3 vezes ao dia, nas refeições.

DYSENTULIN em pó

Em solução a 1%, como foi provado pelas experiencias de Hardt, é o mais energico desinfectante innocuo nas anginas e na clinica dermatologica, gynecologica e urologica.



REMEDIA — Paulino Ambrogi & Cia. Ltda.

Caixa Postal, 3127 - S. PAULO - Phone, 2-8004

MOVIMENTO SCIENTIFICO PAULISTA

Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

SESSÃO DE 19 DE NOVEMBRO

Presidente: PROF. OVIDIO PIRES DE CAMPOS

Insufficiencia aortica syphilitica — PROF. ALMEIDA PRADO. — O A. apresentou um caso de insufficiencia aortica syphilitica, estudando as relações entre essa infecção e os diversos typos da affecção — Typo Hodgson, Vieussens, Corrigen — procurando, escudado nas observações classicas fundamentaes, escoimar o typo syphilitico puro das outras, subordinadas a outras etiologias. Afóra a condição aneurismal, a syphilis aortica, com compromettimento das valvulas aorticas, pode-se inscrever em dois typos principaes: enxerto syphilitico sobre arterias já damnificadas pela arterio-esclerose, processo degenerativo, de marcha longa e que se pode constituir em ponto de appello para a localisação luetica secundaria, e a syphilis activa, das formas moças, verdadeira syphilis cardio-vascular, de marcha grave e

extensiva, e acompanhada de aortite e de damno das coroneas.

Estenose do isthmo da aorta — DRS. J. BARBOSA CORREA E CASIO VILLAÇA. — A proposito de um doente que tiveram oportunidade de observar, os AA. recordam a symptomatologia classica dessas anomalias da aorta, e chamam a attenção especialmente para os trabalhos modernos sobre os traçados de pulso radial e femural, e sobre as reacções anormaes quando se estabelece a circulação interrompida por meio de um laço collocado no membro inferior, projectando varios diapositivos os AA. mostram que ao contrario do que pensavam as grandes autoridades até recentemente, a radiographia é util para o diagnostico, sobretudo pelas alterações typicas das costellas e devidas á circulação collateral: exaggero do sulco e desgaste em certos pontos.

IODEFIS

TODO PHYSIOLOGICO

PEPTIDOS ABIURÉTICOS COM 66,6% DE IODO.
CADA AMPOLA DE 2 CC. CONTEM 10 CENTS.
DE IODO. — CAIXAS DE 10 AMPOLAS DE 2 CC.
VIA INTRA-MUSCULAR OU ENDOVENOSA.



INSTITUTO TERAPEUTICO ORLANDO RANGEL - RIO DE JANEIRO

SESSÃO DE 2 DE DEZEMBRO

Presidente: PROF. OVIDIO PIRES DE CAMPOS

Hypertrophia em anel da musculatura do antro pylorico no adulto — DR. EURICO BRANCO RIBEIRO. — O A., a proposito da observação de mais um caso dessa moléstia, resumiu a questão do diagnostico e do diagnostico differencial, chegando ás seguintes conclusões: 1.º) A hypertrophia em anel da musculatura do antro pylorico no adulto é affecção que deve ser individualizada; 2.º) para differencal-a da chamada "estenose hypertrophica do pyloro no lactante" a literatura offerece elementos valiosos; 3.º) O diagnostico pôde ser orientado pelo exame radiologico; 4.º) A symptomatologia clinica merece ser melhor estudada; 5.º) O exame anatomopathologico demonstra lesões características que não pôdem fazer lembrar qualquer outra entidade morbida; 6.º) Na etio-pathogenia da affecção as pesquisas no terreno das perturbações nervosas provavelmente conduzirão pelo bom caminho; 7.º) O tratamento de eleição, pelo menos diante dos nossos recursos actuaes é a gastroduodenectomia parcial; 8.º) As designações de "Hypertrophia estenosante do pyloro no adulto", "estenose pulorica hypertrophica no adulto", "estenose congenita hypertrophica do pyloro no adulto" e outras não devem ser conservadas por incompletas, erradas ou confusas.

Ancylostomose como a causa mais frequente do infantilismo no nosso meio. Estudo radiologico dos ossos. Metabolismo basal — DR. VASCO FERRAZ COSTA. — Apresentam os AA. 4 casos de infantilismo infestados, concomitantemente, pela ancylostomose. Em um anno de funcionamento da clinica de doenças do aparelho digestivo da Polyclinica de São Paulo foram cinco os casos de infantilismo apparecidos, sendo portanto que um só não estava infestado pela ancylostomose. Relacionam o apparecimento do infantilismo com a verminose. Percorrendo a literatura medica relativa ao as-

sumpto: Etiologia, não sendo encontrado aqui classe onde pudesse encaixar os casos por elles observados, nunca foi suspeitado que a ancylostomia pudesse influir no apparecimento do infantilismo. Fazem em seguida uma revisão em toda a base já bem determinada de infantilismo, demorando-se mais na classe dos provocados por insufficiencia da hypophise. Fazem depois considerações em torno dos dois tipos principais de ancylostomoticos: o verdadeiro typo do opilado e aquelle onde as manifestações fazem apenas supôr uma outra moléstia qualquer, menos a ancylostomose e que só o exame de fezes resolve o caso. O 1.º typo é mais frequente nas zonas arenosas e secas; o 2.º onde domina a terra roxa. Provavelmente esta differença se explica pelas toxinas differentes dos ancylostomos de uma outra região ou então pelo grau de infestação. Tentam explicar os casos de infantilismo provocados pela verminose pela acção das toxinas sobre o aparelho de secreção interna, mórmente hypophise.

Encontram variações leves da sella turcica que explicam por uma hyperplasia vicariante secundaria á insufficiencia, como é notado na thyreoidie nos casos de myxedema no qual a insufficiencia glandular acarreta um desenvolvimento vicariante secundario; Bocio, nos doentes observados a conformação geral é a de uma criança de 8 a 10 annos, predominando uma longitude dos membros sobre o tronco. Psychimismo normal, optima memoria e boa intelligencia. Metabolismo basal óra augmentado de 20%; óra diminuindo até 30%. Radiologicamente ossos em estado de desenvolvimento correspondente á idade apparente de 8 a 10 annos. Tecem commentarios a respeito do futuro desses doentes e do tratamento a ser estabelecido. A communicação mereceu commentarios de parte dos Drs. J. Ribeiro de Almeida e Ovidio Pires de Campos.

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE NEURO-PSYCHIATRIA, EM 5 DE OUTUBRO

Presidente : DR. FAUSTO GUERNER

Endocrinologia e systema nervoso — DR. JOSÉ RIBEIRO DO VALE. — O A. iniciou a sua palestra lembrando que o systema nervoso e o systema endocrino formam os dois principaes aparelhos integrativos do organismo, os que dão ao ser vivo a feição de um conjunto logico e harmonico. Do systema endocrino é a hypophyse o constituinte mais importante pela serie de hormonios elaborados no lobo anterior. O A. acentua a posição desta glandula nas vizinhanças dos centros hypothalamicos e o seu papel na regulação das funções vegetativas. Passa em seguida aos syndromes hypophysarios detendo-se sobretudo na questão dos adenomas cosinophilos da pré-hypophyse e nas lesões chamadas infundibulotubéricas. Refere-se aos hormonios gonado estimulantes e o respectivo papel na função sexual. Lembra o test de Allen e Doisy e a possibilidade de applica-lo no estudo das psychopathias, projecta curvas de eliminação da folliculina na urina de mulheres normaes e eschyzophrenicas. Trata em seguida o A. da inversão sexual e do papel das gonadas elaborando hormonios de ambos os sexos. Finalmente discute o problema da secreção interna de epiphise e lembra as relações da thyreoides e das suprarenaes com o lobo anterior da hypophyse.

Discussão. — O prof. Vampré diz que ouviu com muita attenção a brilhante conferencia do dr. Ribeiro do Valle. Deseja alguns esclarecimentos sobre quatro pontos. O dr. Ribeiro do Valle disse, que colloca a hypophyse sempre em primeiro plano; acha o prof. Vampré que é o infundibulo e não a hypophyse que se deve collocar nesse plano pois a função da hypophyse é dependente do infundibulo; logo o papel principal caberia aos nucleos do terceiro ventriculo, que agindo sobre a hypophyse, presidiriam o seu funciona-

mento. Os nucleos do terceiro ventriculo regulam o metabolismo da agua, têm influencia sobre a gravidez, a menopausa etc. e regulam tambem o funcionamento da hypophyse.

Outro ponto falho é a denominação syndrome de Fröhlich; deve chamar-se syndrome de Banbinsky-Fröhlich e não de Fröhlich apenas, pois Banbinsky já tinha descripto esse syndrome muito antes de Fröhlich; se quisessemos agir com rigorosa justiça deveriamos chamal-a de syndrome de Banbinsky.

Outro ponto digno de nota é a acção do epithelio seminal e intersticial do testiculo; parece que esse ponto seria melhor esclarecido pela observação da blenorragia no homem que ataca a parte seminal e não a intersticial.

Ainda outro ponto a destacar, é a questão da pineal: parece que as alterações attribuidas ao seu mau funcionamento são realmente consequencias de lesões dos nucleos do terceiro ventriculo.

O dr. J. Ribeiro do Valle agradece as palavras elogiosas do prof. Vampré. Este, colloca, com razão, o systema nervoso em primeiro plano. Como sabemos ha, no terceiro ventriculo, nucleos da vida vegetativa de grande importancia e como a hypophyse não deixa de estar sujeita á acção do sympathico e parasymphathico, é facil comprehender que esteja em relação com a região hypothalamica, de onde vem a genesis de sua função. O que deseja reparar é que não se deve attribuir um papel preponderante ao hypothalamo nos syndromos parahypophysarios.

Ha naturalmente uma interdependencia entre o hypothalamo e a hypophyse. Na clinica é difficil observar-se um syndrome exclusivamente hypothalamico ou hypophysario porque as lesões nunca se limitam a uma região apenas.

Quanto ao nome syndrome de Fröhlich, é o que sempre tem encontrado na literatura, de modo que desconhecia o merito de Banbinsky; de agora por diante usará a denominação indicada pelo prof. Vampré.

Na questão da blenorragia ha uma observação interessante: sabe-se que normalmente a temperatura do testiculo é 5 ou 6 graus mais baixa do que aquella do abdomen, e, todas as vezes que se eleva a temperatura

do testiculo, envolvendo-o com algo dão, suspensorios, etc. apparecem lesões do epithelio seminal. Assim, sempre que haja esterilidade em um blenorragico, seria interessante indagar se fez uso de suspensorios, capazes de, por si sós, provocar alterações daquelle epithelio.

Quanto a pineal, não ha realmente demonstração cabal de que ella exerça a função de secreção interna.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE SETEMBRO

Presidente: PROF. PINHEIRO CINTRA

O azeite e a pneumonia — DR. LEME DA FONSECA. — Disse o A. ter lido num dos ultimos numeros do Diario Popular, se não se engana, o do dia quatro de setembro, uma noticia intitulada "O azeite e a pneumonia", na qual se lê: "Os drs. A. Frazer e V. Walsh, da E. de Medicina do Hospital Santa Maria, de Londres, acabam de comunicar que obtiveram exito brilhante na cura de pneumonia com o azeite de oliva genuino, etc".

Sem a menor idéia de desmerecer o valor d'aquillo que é dado como uma descoberta desses cientistas inglezes, manda a verdade que se diga que, para nós medicos que frequentamos ha longos annos o serviço hospitalar do prof. Pinheiro Cintra, na Santa Casa, tal verificação, em absoluto, não constitue novidade.

Com effeito, é de pratica corrente, no Pavilhão Condessa Penteado, empregar-se o azeite genuino, por via intra-muscular, em dose de 10-20-30 cc. diarios, no tratamento da pneumonia, com resultados, em regra, os mais satisfatorios.

Ha cerca de 18 annos que o Prof. Pinheiro Cintra, baseiado no phenomeno da queima da gordura ao nivel dos pulmões, considerava os beneficios trazidos pela injeções de oleo camphorado, em maior volume, como provindo mais do oleo que da propria camphora.

Desde então, iniciou as applicações de azeite genuino por via intra-muscular, chegando, no adulto, a

empregar 60-80 cc nas 24 horas, sempre com resultados favoraveis.

Entre outros casos, empregou-o ha muitos annos, no tratamento de uma das Irmãs da Santa Casa, que enfermara de pneumonia simultaneamente com erysipela grave da face. O effeito curativo foi rapido sobre os dois processos.

Um dos factos que lhe chamaram a attenção quando usava esse meio therapeutico, era o bem estar que sentiam os doentes, após receberem as injeções de oleo, passando a ter somno tranquillo, depois de noites agitadas.

Interpreto tal effeito sedativo sobre o sistema nervoso como fructo da acção desintoxicante exercida pelo oleo.

Os cientistas inglezes a que refere a noticia citada, attribuem os resultados favoraveis a uma acção directa do oleo sobre os proprios germens.

Já da primeira visita do prof. Roger, de Paris, a esta Capital, isso ha mais ou menos 15 annos, o prof. Cintra communicou-lhe suas ideias a respeito do assumpto e os resultados que já obtivera, o que despertou curiosidade e interesse, da parte daquelle mestre.

Aliás, são numerosos os collegas da Capital que estão ao par de taes factos e observações, tendo passado mesmo a usar desse processo therapeutico em casos de sua clinica privada e hospitalar.

Pareceu-lhe, porisso, que seria oportuno, com a publicação da noticia a que se refere, lembrar aqui o que

já tem sido feito em S. Paulo a respeito do interessante assumpto isso, como já se disse sem o menor intuito de reivindicção da prioridade, ou cousa parecida, o que seria descabido.

Syndrome agranulocytaria com reacção lymphemoide — Dr. MARIO MURSA. — O autor apresenta um interessante caso por elle observado durante o espaço de nove meses. A evolução da molestia foi acompanhada com contagens de sangue, minuciosamente feita e, com os 26 hemogrammas obtidos, organizou um traçado da curva dos diferentes elementos sanguíneos.

Faz uma exposição detalhada do caso, insistindo principalmente sobre a therapeutica e diagnostico. Mostra as vantagens do novo preparado "Pentonocleotide" e da teleradiotherapia, ainda desconhecida entre nós.

A respeito do diagnostico mostra as suas difficuldades e as relações existentes entre a agranulocytose e a molestia e de Glazmann, cujos caracteristicos hematologicos e reacção lymphemoide ficaram demonstrados no caso relatado.

Commentarios. — O dr. Vicente Ferrão diz que, em seu tempo de estu-

dante, as reacções agranulocytarias eram encaixadas na leucemia aleucemica e que entre nós muito pouco se tem escripto sobre, o syndrome agranulocitario devendo ser muito mais frequente do que parece. Acha que o caso apresentado pelo dr. Mursa está bem esmiuçado.

O dr. Roxo Nobre diz que não encontrou na bibliographia indicação de teleradiotherapia, que talvez tenha sido ensaiada pela primeira vez nesse caso, havendo indicação theorica da mesma.

O prof. Pinheiro Cintra diz que, ha 5 ou 6 annos, observou o caso do filho de um collega, que tinha o diagnostico de molestia de Pfeiffer e que, talvez, seja o referido pelo dr. Gama, havia reacção ganglionar, da parotida e testiculo, como se fosse cachumba. No testiculo os phenomenos eram pouco demorados e reincidiam. Haviã leucopenia e a proporção entre os leucocyts variava com certa frequencia e houve momentos em que da leucopenia foi a 60.000 para depois descer abaixado normal, morrendo em agranulocytose. Nesse caso foi empregada a Fuadina. E' provavel que o caso do dr. Mario Mursa tenha a mesma evolução.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE OUTUBRO

Presidente: PROF. PINHEIRO CINTRA

Doença de Oppenheim — Dr. VICENTE LARA. — O A. mostra confusão que os nomes parecidos podem trazer como mytonia congenita ou doença de Thomsen, amytonia conjenita ou doença de Oppenheim, etc.. Apontando a divergencia que existe entre os autores, na symptomatologia da affecção que ora descreve.

Durante a vida intra-uterina os movimentos seriam fracos ou ausentes, nada de anormal para o lado dos appparelhos e órgãos dos sentidos; fundos oculares normaes; ha falta de educação dos esphincteres que nunca são atacados.

A hypotonia é congenita ou apparece pouco depois do nascimento, podendo chegar á atonia e se acompanha

de pequena mobilidade sem que se possa falar de verdadeira paralysisa.

Os membros não têm apparencia atrophica sendo importante a posição symetrica e maza ou em barbatana.

Mostra a importancia da ausencia da reacção de degeneração.

Quanto ao diagnostico, diz que a exaltação dos reflexos tendinosos deve pôr em duvida o diagnostico.

Teece commentarios sobre o diagnostico differencial com a myopathia-rachitica de Bim, com a atrophia muscular de Werdn Hoffmam doença de Forster, etc.

Comentarios. — O dr. Vicente Baptista que diz que em virtude da confusão que pode acarretar a denominação de mytonia e amyoto-

nia, só parecidas no nome, mas que designam estados morbosos fundamentalmente diferentes, é preferível designa-las por doença de Oppenheim, doença de Thomsen, etc.; que abaixo de dez annos é difficil dizer algo sobre a integridade da sensibilidade tactil e dolorosa e que a ausencia da reacção de degeneração é que caracteriza o Oppenheim; que actualmente as pneumographia e a encephalographia vieram facilitar o diagnostico da doença do Forster mostrando lesões meningo-encephalicas.

Quanto á apreciação da intelligencia por meio de tests, é difficil, porque nas creanças o que ha, ás vezes, é simples desatenção e não perturbação das faculdades psychicas superiores, de modo que é preciso muito criterio no julgamento dos tests.

Quanto á myopathia rachitica de Ruig e ao rachitismo cerebral, a confusão não será facil uma vez que se pesquizeem os outros symptoms do rachitismo.

Creanças anormaes — DR. PAIVA RAMOS. — Tratando da assistencia medico-pedagogica das creanças anormaes, fez, em primeiro logar, o historico do assumpto, apontando o prof. Itard como o primeiro iniciar da reeducação dos retardados mentaes, illustrando, em seguida, o valor de Seguin e de Borneville, como verdadeiros estudiosos do assumpto.

Após essas considerações, enalteceu a importancia do problema, não só entre nós, como na maioria dos outros paizes, onde se tem procurado resolver essa magna questão, apontando, para tal fim, numeros e cifras.

O dr. Paiva Ramos, depois disso, preocupa-se com a definição de anormaes, estabelecendo, primeiramente, o criterio do que vem a ser uma creança normal. Estabeleceu depois a seguinte classificação: creanças anormaes inferiores e superiores.

No seu entender, ambas tem direito a ensino differencial mas especialmente, os anormaes inferiores, que constituem verdadeiros pesos mortos nas classes, que não progredem, que não se instruem, que não se adiantam, que repetem os annos, constituindo transtorno grave para os demais companheiros de classe. Dentre os anormaes inferiores, alguns são passíveis de reeducação, agradecendo qualquer esforço pedagogico que se faça nesse sentido. A este respeito, menciona o typo debil mental ou tambem chamado anormal escolar ou retardado pedagogico. Mostra que existem duas categorias de retardatarios escolares, uns verdadeiros, outros falsos ou transitorios. Os primeiros não agradecem, de forma alguma, a intervenção medica; os segundos sentem-na immediatamente. Por ultimo entende o dr. Paiva Ramos que a categoria dos anormaes inferiores, constituida pelos debéis profundos, isto é, de idiotas e imbecis, pouco podem lucrar com o tratamento medico-pedagogico especializado.

Termina o autor, apontando o que de pratico e real se tem feito em São Paulo, em prol dos retardatarios pedagogicos, informando que fora um dos fundadores da primeira escola fundada em São Paulo e no Brasil, para retardatarios pedagogicos.

Comentarios. — Teceram comentarios os drs. Vicente Baptista, pedindo para não commetter a injustiça de não citar a escola Pacheco e Silva que vem funcionando desde 1929; o dr. Vicente Lara para lembrar a existencia do anormal, transitorio; e o dr. E. Santo para dizer que não adianta ter escolas annexas sem os devidos professores especializados.

Respondendo, o dr. Paiva Ramos diz que, em virtude do adiantado da hora, apenas lera metade de sua conferencia sobre o magno assumpto e que quando seu trabalho fosse publicado, o dr. Vicente Baptista veria que sua observação não tinha razão de ser.

Gluconato de calcio Sylil — 2, 5 e 10 cc.

SECÇÃO DE OTO-RHINOLARYNGOLOGIA, EM 17 DE SETEMBRO

Presidente : DR. ROBERTO OLIVA

Leishmaniose da mucosa ; suas modalidades clinicas e seu tratamento - DR. MATTOS BARRETO.

— O A. faz considerações sobre a lesão mucosa como um processo secundario, precoce ou tardio, das lesões cutaneas curadas ou não. Como symptomas objectivos descreve o processo inicial, cuja séde é habitualmente a area vascular do septo nasal. Descreve em seguida a feição característica e o aspecto clinico que tomam essas modalidades morphologicas nas fossas nasaes, no aeropharynge, no hypo-pharynge e larynge na bocca no labio superior e no nariz. Depois de considerações sobre a histopathogenia, passa ao tratamento, fazendo referencias ao tartaro emetico, antimonias, Epar-seno, e por fim o arsenito de sodio, formula do prof. Aguiar Pupo, sob cuja direcção experimentou em injeções hypodermicas e sub-mucosas.

Como tratamento local faz descripção do seu methodo pela fulguração e pela diathermo-coagulação superficial. Em conclusão o A. julga esse processo de tratamento um complemento valioso, imprescindivel mesmo, em muitos casos, ao tratamento geral da leishmaniose mucosa pelos antimonias, tartaro emetico, anti-mosan e Fuadina ou pelos arsenicos (Eparseno e arseniato de sodio). Esse tratamentos de fundo, não obstante o desaparecimento das lesões tegumentares, deverá ser prolongado por um a dois annos, á semelhança da syphilis, repetindo-se annualmente duas a quatro series de 10 a 12 de injeções de Eparseno (12,5 centgos) ou tartaro emetico (sol. a 1% 0,12 a 0,15).

O A. apresenta doentes em alta, curados e outros em tratamento. De uma estatistica de 138 casos em tratamento, registram-se 25 casos curados.

Commentarios. — O dr. Horacio de Paula Santos, commentando o caso, cita as observações de Breda, diz que na epoca de sua these pouco se conhecia da molestia. Lembra empre-

gar os emeticos que são empregados no Botão do Oriente com resultado.

O dr. Bussaca fala sobre uma complicação de edema da palpebra inferior.

O dr. Brito diz que na Santa Casa de Santos estão usando o Pymecral.

O prof. Paula Santos elogia o trabalho, frisando a importancia do problema no nosso meio.

O dr. Oliva encerra a discussão, fazendo notar a importancia do trabalho e salientando o processo de cura.

O dr. Mattos Barreto agradece aos collegas os commentarios.

Cancer intrinseco do Larynge

— DR. GABRIEL PORTO. — O A. focalisa o estado actual da questão, fazendo considerações sobre historico, frequencia, etiologia e diagnostico precoce. Insiste sobre a importancia do symptoma rouquidão como provavel neoplasma. Estuda o valor da biopsia como meio diagnostico, mostrando que é preciso saber interpretar-a com criterio. Analisa o progresso therapeutico das irradiações, citando os resultados animadores do methodo de Coutard. Salienta os resultados obtidos com a cirurgia do larynge applicavel nos tumores em inicio. Nos casos avançados só a laryngectomia total pode salvar o doente. Faz considerações sobre a technica e as indicações dos laryngectomias, mostrando a predilecção pela technica de Perrier.

Terminando affirma que o cancer intrinseco do larynge, o mais curavel do neoplasmas malignos, quando em inicio, precisa ser diagnosticado precocemente. E só assim a cura póde ser obtida em mais de 80% dos casos.

Commentarios. — O prof. Paulo Santos diz que o dr. Porto bem focalisa um problema importante, achando que exaggerou, dizendo que pouco fazemos na therapeutica do cancer. Attribue isto á existencia só de ambulatorios, alem disso é o doente que pouco nos procura.

O dr. Frederick Müller cita 2 casos. No 1.º, depois da intervenção, appareceu a tuberculose; no 2.º caso (é elle proprio) foi feito o diagnostico de tumor maligno por especialista abalisado; feita a biopsia e o tumor desaparecera, acha que não se deve empregar a palavra cancer, senão depois de ter certeza.

O dr. Oliva acha que ha muita divergencia. Cita um caso em que houve accordo entre 3 histopathologistas como tumor maligno, e em que o exame clinico negara a existencia deste, era um rapaz de 16 annos. Espera que o raio X resolva o problema, porquanto a operação é mutilante.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 11 DE SETEMBRO

Presidente: DR. MENDONÇA CORTEZ

Problemas do tetano- I, Prophylaxia — DR. EURICO BRANCO RIBEIRO. — Salientou o A. os cuidados da prophylaxia, principalmente a limpeza perfeita da porta de entrada do germe e o uso da injeção de soro. Relatou um caso pessoal, em criança de tenra idade, em que não fez a applicação de soro por ser a ferida bem aberta, permitindo uma boa limpeza e por já ter o paciente recebido soro anteriormente, temendo-se, pois, o choque anaphylactico; sobrevindo o tetano, tratou-o o A. com successo com doses altas de soro anti-tetânico. Estudou a seguir o mecanismo de acção do soro preventivo. Depois relatou a prophylaxia moderna com a anatoxina tetanica, cuja technica descreveu. Por fim, traçou a conducta que se deve ter na prophylaxia do tetano.

Commentarios. — O dr. Mesquita Sampaio apoia as considerações do dr. Eurico Branco Ribeiro e chama a attenção para o papel preponderantemente curativo que a therapeutica moderna attribue ao soro. Mostra as duvidas e a variedade quanto á conducta therapeutica e propõe que seja designada uma commissão para estabelecer a mais razoavel conducta deante dos conhecimentos actuaes.

O dr. Barbosa Corrêa chama a attenção para as difficuldades da injeção rachideana, que a seu ver não apresenta vantagens sobre a

subcutanea. A via endovenosa apresenta os inconvenientes de maiores probabilidades de choque. Refere sua experiencia resultados favoraveis da therapeutica curativa pelo soro.

O dr. Mendonça Cortez cita um caso de observação propria de intenso stock anaphylactico em paciente virgem de soro, com a applicação de pequena dose.

O dr. Eurico Branco Ribeiro diz que as outras faces do problema serão debatidas opportunamente em outros trabalhos (aspectos da molestia e tratamento), reservando-se para então abordar os assumptos trazidos á baila pelos drs. Mesquita Sampaio e Barbosa Correa.

O dr. Mendonça Cortez poz em discussão a proposta do dr. Mesquita Sampaio e, esta approvada, suggerir os nomes dos drs. Eurico Branco Ribeiro, Mesquita Sampaio e Barbosa Corrêa, para constituirem a commissão, o que é approvado.

Polypose intestinal — DR. PAULO DE ALMEIDA TOLEDO. — O autor apresentou duas observações de casos pessoas. Descreveu, succintamente o quadro clinico detendo-se no estudo radiologico que é o meio soberano para o diagnostico, tendo ainda a importancia de trazer a localização e extensão da polypose; salientou a possivel degeneração carcinomatosa da polypose intestinal.

Philergon *fortifica de facto*
1 COLHER ÀS REFEIÇÕES

SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 15 DE AGOSTO

Presidente : DR. JAIRO RAMOS

A alergia na tuberculose e suas relações com a immunidade — DR. OLTO BIER. — Depois da exposição dos factos fundamentaes relativos ao phenomeno de Koch na cobaia, ás tentativas de transmissão passiva da alergia tuberculinica, ao desenvolvimento da alergia por bacillos vivos ou mortos, etc., o mecanismo da alergia infecciosa é considerado nas suas relações com o phe-

nomeno de Schwartzmann, particularmente em connexão com as recentes experiencias de Paul Bordet e as de Dienes.

Em seguida é analysada a questão do poder defensivo da alergia e os argumentos apresentados por Calmette, para quem a alergia não seria um indice de defesa, mas tão somente indicadora do gráo de impregnação bacillar.

SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 23 DE AGOSTO

Presidente : DR. JAIRO RAMOS

Ensaio therapeutico pelos gazes (oxygenio, ozona, gaz carbonico, argon e helium), na tuberculose. (Nota previa) — DR. SANTINO LEUZZI. — Começa o A. a sua nota, referindo-se ao emprego que vem fazendo dos gazes : oxygenio, ozona, etc. na tuberculose pulmonar. Primeiramente usou o oxygenio e depois associou-o a outros gazes, obtendo com esse processo melhores resultados. Esses estudos já vem fazendo de ha tempos, pois teve oportunidade de tratar doentes na Bahia e Rio de Janeiro, não de tuberculose pulmonar, mas de formas osseas e tuberculose renal. Preconiza essa therapeutica como francamente desintoxicante, acceleradora das melhores do estado geral, e com accentuada acção sobre as formas congestivas, hemoptoicas, sustando-as.

Em seguida detem-se sobre o estudo dos diversos gazes, precisando as suas indicações, tolerancia e principalmente efeitos quer immediatos quer remotos. Descreve a technica para a sua applicação que é simples, as facilidades para o seu emprego, insiste sobre o capitulo das contra-indicações, provando que não existem, e conclue pela innocuidade absoluta de tal tratamento.

Apresenta, em seguida, algumas observações de doentes tuberculosos pulmonares, em tratamento, no Instituto Clemente Ferreira, pelos refe-

ridos gazes, explicando com as melhoras sensiveis dos seus observados (clinico-radio-bacteriologicas), o seu entusiasmo por esse processo de tratamento e dahi a continuidade e ampliação do seu trabalho, sendo que, em tempo opportuno, apresentará á Secção de Tisiologia, em alentada e bem documentada monographia, as suas conclusões sobre o assumpto.

Mechanica respiratoria — DR. MAX DE BARROS ERHARDT. — O A., em rapida exposição, focaliza os elementos constituintes do thorax e a disposição que occupam entre si. Define o que se entende por angulo de declinação das costellas, e fixa que este angulo se accentua cada vez mais, á medida que descemos no thorax. São ainda revistos, rapidamente, os componentes das articulações costo-vertebraes, sendo dado, ao mesmo tempo, o eixo de rotação de cada costella.

Na rotação de uma costella cada ponto do arco costal descreve um arco de circulo perpendicular ao seu eixo de rotação ou ao prolongamento deste eixo. Seguindo este criterio são conhecidos os deslocamentos dos pontos costaes ; estes deslocamentos podem ser determinados pela applicação directa de capsulas de um thoracopneumographo, obtendo-se, deste modo, graphicos dos movimentos

costaes, em varios niveis, ao mesmo tempo. Estes graphicos demonstram as differenças de deslocamento, não só quanto á extensão, o tempo e mesmo mostram ás vezes a inversão da curva, quando são comparadas as regiões anterior e posterior do thorax. Essas pesquisas foram feitas por Santacini e Gaffuri (197). São lembrados os dados obtidos por Agnello (1932) nos brachilíneos-megalos-planchnicos e longilíneos-micros-planchnicos.

Os movimentos dos arcos costaes só são possíveis devido á interposição de um systema elastico, representado pelas cartilagens costaes. Para permittir os movimentos, os angulos-chondro-costaes, chondro-esternaes e chondro-chondraes são modificados. As cartilagens ainda sofrem movimentos de torção e distensão. Estes deslocamentos são transmittidos tambem ao esterno, que alem de ser elevado e projectado para a frente soffre, ao mesmo tempo, um encurvamento na direcção do seu eixo longitudinal.

A movimentação das costellas na respiração não é uma simples rotação em torno de um eixo fixo, porem representa a associação dos movimentos de torção, deslocamento e encurvamento das costellas, cartilagens e esterno. Portanto é impossível falar-se em uma descripção ou calculo geometrico dos movimentos das costellas.

São mencionados os elementos essencialmente elasticos que constituem o arcabouço pulmonar e a sua reacção ás forças excentricas e concentricas do thorax. A importancia

do peso do pulmão e o comportamento diverso das porções deste órgão.

Na exposição são apresentados esquemas e graphicos retirados dos trabalhos de Fick, Parodi e Monaldi sobre a mechanica thoraxia e pulmonar.

Este trabalho foi discutido pelos Drs. Ruy Doria, Fleury de Oliveira, Tisi Netto e Jairo Ramos.

Dualidade genetica do infiltrado precoce — DR. OCTAVIO NEBIAS.

— O autor, depois de se referir aos diferentes aspectos e á frequencia dos surtos hematogenicos pulmonares, estuda os quadros radiologicos dos "reliquats" pleuro-pulmonares encontrados após a regressão das formas hematogenicas, salientando principalmente a importancia desses resquícios como pontos de partida de novas reinfeções. Dentro deste ponto de vista o autor menciona principalmente certas formas que adquirem varios caracteristicos morphologicos dos infiltrados precoces, que como se sabe, são tidos como de origem exogena em sua grande maioria. Estabelece assim uma origem endogena para um certo numero de infiltrados que tiveram o seu ponto de partida não raro sob resquícios pulmonares de surtos hematogenicos anteriores já regredidos. Descreve em seguida alguns caracteres proprios destes infiltrados hematogenicos que o faz distinguir pelo menos dentro do esquema geral da tuberculose, dos infiltrados de Assmann, reconhecidamente exogenos em sua maior parte.

SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 23 DE SETEMBRO

Presidente: DR. JAIR RAMOS

Phrenicectomia. — A ordem do dia constou na discussão do 3.º thema do corrente anno. O thema versou sobre "Phrenicectomia" e teve como relatores da parte medica os Drs. Octavio Nebias e Fleury de Oliveira e da parte cirurgica os Drs. Alipio Corrêa Netto e C. Commenale Filho.

Após terem os relatores officiaes feito a exposição, foi dada a palavra, por ordem, aos inscriptos. Falaram os srs. Ruy Doria e A. Tisi Netto.

Por fim o snr. Presidente poz o thema em discussão, tendo feito uso da palavra os Drs. João B. de Sousa Soares, João Grieco e Jairo Ramos.

SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 9 de OUTUBRO

Presidente : DR. JAIRÓ RAMOS

Polymorphismo do virus tuberculoso - DR. PLÍ Y ARMENGOL. — Apesar de haver mais de 50 annos que Koch descobriu o bacillo, que leva seu nome, discute-se ainda, se esta é a unica forma do germen da tuberculose, ou se são varias as formas em que elle pode apresentar-se. Isto prova que a questão não está sufficientemente esclarecida e que são necessarias novas investigações sobre o assumpto.

Porque não aceitam todos o monomorphismo? Porque desde a epoca da descoberta de Koch, têm sido muitos, e cada dia são mais numerosos, os pesquisadores que, tanto nas culturas como nas lesões, observaram repetidamente elementos não acido-resistentes, de formas e caracteres muito diversos.

Porque não aceitam todos, o polymorphismo? Porque muitos pesquisadores, que estudam diariamente productos tuberculosos e culturas, não viram nunca, outra forma do germen, senão a descripta por Koch e porque o polymorphismo, se é verdade que se observa, ainda não se achou a maneira de provocalo e, quando isto é possível, as formas observadas são de difficil caracterização com os methodos actuaes.

Os que nunca viram senão o bacillo de Koch, é porque, para estudar productos tuberculosos e culturas, usaram apenas o methodo de coloração de Ziehl, methodo util para fins diagnosticos mas absolutamente inapropriado para pesquisas morphologicas. Para observar as outras formas do germen, não se deve applicar a descoloração pelos acidos, e sim, umas vezes corar pelo methodo de Gram, e principalmente, fazer colorações simples com violeta de genciana, fuchsinna basica, fuchsinna acida, thionina, azul de methyleno, hematoxilina, etc. Com um só corante, deixando-o agir durante um tempo sufficiente e examinando os preparados em diversos campos, é rarissimo encontrar uma cultura de bacillo de Koch, das que se chamam

puras, na qual não se observem uma ou mais das formas bacillares granulosas, diptheroides, estrepto-bacillares, filamentosas granulares ou homogeneas, ás vezes de aspecto actinomycosico, as formas em levedura, as coccoides, as gono-coccoides, as grossas e irregulares, etc..

Com o methodo de Ziehl, tambem nós observamos uma só forma. As microphotographias projectadas são de uma mesma cultura, e emquanto pelo methodo de Ziehl apresentam o aspecto classico, pelo Gram, pela violeta de genciana e pela fuchsinna basica, apresentam todos os aspectos mencionados.

Ferran foi o primeiro que tentou provocar experimentalmente o apparecimento e cultura de formas differentes das do bacillo de Koch, e são bem conhecidos os resultados que obteve com a agitação das culturas: primeiro culturas homogeneas e mais tarde, sem acido-resistentes, conseguiu tuberculinizar alguns animaes.

Destacam-se tambem, nestes estudos, os trabalhos de Fontes, o illustre director do Instituto Oswaldo Cruz, que tanto honra o Brasil. Desejam fixar o facto de que se Fontes estivesse dominado pelas linhas do classicismo, suas observações se teriam perdido. Sabem todos que em suas primeiras inoculações de filtrados, não se achavam bacillos no animal inoculado, nem este apresentava tuberculos: experiencia negativa, diria um classico. Procuremos alem, disse Fontes; e assim ficou incorporado ao estudo do germen da tuberculose, um novo processo de pesquisa, e entre o polymorphismo do virus, occupam um lugar de destaque as formas filtrantes. Com o criterio absurdo e anticientifico que domina em muitos sectores, apparecem ás vezes, trabalhos, realizados geralmente segundo os methodos classicos, os quaes, porque não viram ou não souberam ver os effectos e evolução das formas filtrantes, negam a existencia dessas formas. São pobres muitos e de alto valor, os pesqui-

sadores que comprovaram a realidade das formas descriptas por Fontes, observando seus efeitos pathogenicos, sua virulencia, sua acção antes toxigena que tuberculigena. E em sciencia, ainda que alguns pesquisadores o esqueçam frequentemente, continua sendo verdade que o positivo affirma e o negativo não nega.

Ravettlat e eu, descrevemos com o nome de "bacteria de ataque", um cocco, geralmente aggregado em diplos, tetrades, cadeias curtas e pequenas phytogléas, não acido-resistente, Gram-positivo, que cresce bem nos meios artificiaes, e do qual podem portanto ser obtidas subculturas continuas; para nós, elle é a forma mais activa do germen, enquanto o bacillo de Koch representa a forma de resistencia, tendo funcção bio-pathogenica de esporo. Esta forma em cocco, já observada por Koch, o foi tambem por um grande numero de pesquisadores dos primeiros tempos, porem, todos passaram á margem, sem conceder-lhe significação alguma. Nós a consideramos como uma forma do germen, porque ella pôde ser obtida das lesões tuberculosas e das culturas do bacillo de Koch e porque é possível obter sempre com ella um quadro, ás vezes septicemico e outras vezes toxi-phlogistico, superponivel ao que é determinado por productos e outras formas certamente tuberculosas e porque, ás vezes, ella determina tuberculose typica, com presença de bacillos de Koch nas lesões.

Obtivemos culturas da bacteria de ataque:

a) semeando um triturado de caesum de ganglio de cobaia tuberculosa, recolhido com todos os cuidados de asepsia.

b) por sementeira de serosidade peritoneal de cobaia tuberculosa, reinoculada no peritoneo com bacillo de Koch.

c) por sementeira de serosidade subcutanea de cobaia sã, inoculada com bacillo de Koch e submettida depois a aquecimento da região.

d) por hemoculturas de animais tuberculosos, por sementeira de triturado esplenico de cobaia tuberculosa, etc..

e) obtivemos-as ainda "in vitro" partindo de culturas de bacillo de Koch, por sementeiras em meios dysgenicos e por sementeiras de triturados de culturas.

Outro illustre pesquisador brasileiro, Almeida Magalhães, obteve tambem a "bacteria de ataque" tratando o bacillo de Koch com soro de urubú, como antes a tinha obtido Presta, com o soro de corvo. Alem disso, Almeida Magalhães cultivou e cultiva um micro-cocco acido-resistente com caracteres muito diversos do bacillo classico.

Deve-se acrescentar que estas observações foram comprovadas por muitos pesquisadores em numerosos paizes: Vaudremer, Karwacky, Renstierna, Krehner, Kunberg, Kedrowsky, Kukn, Weinfeiler, Seany, Moher, Abadia, Caballero, Wherry, Manir, Dortal etc., de modo que as microphotographias que alguns têm publicado não são iguaes ás que aqui foram projectadas. Isto e o facto destas formas não pertencerem aos germens communs do ar, unicos que poderiam contaminar as culturas, faz com que não se tome em consideração a hypothese de um erro de technica.

Disse antes que com nossa "bacteria de ataque" é possível determinar ás vezes uma tuberculose typica, com presença de bacillos de Koch, nas lesões. Para isso deve-se trabalhar com um grande numero de cobaia, pois muitas morrem antes de se conseguir a reversão; ellas são inoculadas com a "bacteria de ataque" e reinoculadas cada 15 dias, passando-se o pús ou os ganglios inflammados destas cobaia a outras, que por sua vez são reinoculadas, até que uma ou algumas apresentem tuberculos e bacillos de Koch.

Com uma cultura da "bacteria de ataque" que enviamos de Barcelona, Almeida Magalhães, no Rio de Janeiro, conseguiu a tuberculinização de algumas cobaia do lote inoculado.

Parece, pois, que são sufficientemente numerosos e demonstrativos os factos que levam a considerar a "bacteria de ataque", por nós descripta, como uma forma do germen da tuberculose. Desde o anno de 1929, cultivamos em nosso Instituto

uma forma actinomycosica, não acido resistente, a qual, quando inoculada, determina algumas vezes tuberculos com bacillo de Koch.

Parece, portanto, bem demonstrado o polymorphismo do virus tuber-

culoso. E graças a elle, comprehendemos melhor a pathogenia de muitas manifestações clinicas da enfermidade, com o que estes estudos passaram á clinica, fim ultimo de todos os trabalhos medicos.

SECÇÃO DE UROLOGIA, EM 25 DE SETEMBRO

Presidente : DR. GERALDO VICENTE DE AZEVEDO

Accidente pyelographico ; Nephrectomia de urgencia — DR. CLAUDIO ERMINIO. — O autor apresentou um caso de hydronephrose, no qual foi feita uma pyelographia ascendente, com a solução de Papin, tendo observado a mais rigorosa asepsia. Horas depois o doente estava com febre alta, calefrios, estado geral mau. Foi decidida a intervenção immediata, realizada com todo successo. O autor estuda minuciosamente o caso ; explicando o accidente pela acção irritativa do meio de contraste, favorecendo assim a absorpção do liquido infectado existente no bacinete.

Discutindo a communicação o dr. Claudio Erminio falou em primeiro lugar o dr. Plinio Bowe, que disse o seguinte : Acho que a communicação é muito interessante, porque são muito communs estes accidentes. A etiologia delles é muito obscura. Ha um trabalho de Hertolomey e collaboradores, no qual dizem ser devidos á uma ruptura do angulo diedro formado pela papilla e capsula do rim. A quantidade do liquido a ser injectado deve ser pequena, mas mesmo assim não evitam muitas vezes estes accidentes, pois mesmo com pequena quantidade do liquido pôde-se dar a contração do bacinete, e em consequencia a ruptura da capsula.

Um caso de estreitamento de urethra — DR. CLAUDIO ERMINIO. — O autor diz que não vae fazer uma communicação, mas simplesmente expor um caso sobre o qual deseja ouvir a opinião dos collegas especialistas presentes.

Trata-se de um collega com estreitamento fibrinoso da urethra bulbar. Depois de varias tentativas, no consultorio, conseguiu passar uma sonda filiforme. Aconselhou, então, ao collega e cliente que fosse para a casa com a filiforme de permanencia e que ficasse em absoluto repouso. Com grande surpresa soube, no dia seguinte, que o collega havia sido operado de urgencia por ter tido uma urethrorrhagia e que sua conducta havia sido criticada. Pede por isso a opinião dos collegas.

Todos foram unanimes em reconhecer que a conducta urológica do dr. Claudio Erminio foi acertada e que todos fariam o que elle tinha feito, isto é, deixar a sonda de permanencia. O collega cliente é que andou mal, não communicando ao dr. Claudio Erminio o que se passava. A urethrorrhagia é accidente commum, decorrente da dilatação desses estreitamentos fibrinosos e impermeaveis. No caso só ha de criticavel a attitudde infeliz e ingrata do collega e cliente.

SECÇÃO DE UROLOGIA, EM 25 DE OUTUBRO

Presidente : DR. GERALDO VICENTE DE AZEVEDO

Calculo e diverticulo da bexiga — DR. CHRISTIANO DE SOUZA. — O autor apresenta um caso de diverticulo enorme da bexiga com calculo. O calculo occupava todo o diverti-

culo e parte estava na cavidade vesical. Juntamente com este quadro clinico, grande infiltração urinaria e um pequeno calculo encravado na urethra anterior. Operou o paciente

em diversos tempos, tendo iniciado pela talha supra-pública, retirada do calculo e drenagem da bexiga.

Calculose renal unilateral — DR. DARCY V. ITIBERE. — O autor apresentou uma serie de 8 casos de calculos com sédes diferentes: parenchymatosos, caliciais, pyelicos e pyeloureteraes. Para cada caso uma intervenção especial. Nephrotomia urinaria, pyelotomia e nephrectomia. Nas operações conservadoras, praticou em 3 casos a enervação renal. Detem-se especialmente sobre um caso de hydronephrose infectada,

calculosa, com destruição completa do parenchyma. Fez a nephrectomia, que foi difficil, com ferimento lateral da veia cava, immediatamente reparada. Chamou a attenção para a operações desses casos de rins enormes muito adherentes e que as manobras de deslocamento são impossiveis e perigosas. O cirurgião deve conhecer os riscos que corre e os meios de reparar qualquer lesão que venha fazer. No caso do autor o post-operatorio foi normal e o doente curou-se. Salientou a frequencia da calculose entre nós e teceu commentarios sobre a orientação therapeutica.

Sociedade dos Medicos da Beneficencia Portuguesa de S. Paulo

SESSÃO DE 3 DE OUTUBRO

Presidente: DR. AMERICO BRASILIENSE

Cirurgia conservadora do ovario — DR. EURICO BRANCO RIBEIRO. — O A. fez notar as tendencias conservadoras da cirurgia moderna, focalizando especialmente as operações por lesões do ovario. Citou a conducta de varios autores em diferentes emergencias, sempre com a orientação de respeitar um pedaço do ovario, por pequeno que seja. Disse que a varios annos vem praticando a cirurgia conservadora do ovario, conducta que é apontada na experimentação de varios autores e na observação de casos de lesões extensas, onde um pequeno pedaço residual permittiu a persistencia das funções do organo. As considerações que faz foram suggeridas por um caso recentemente operado. Tratava-se de uma moça de 20 annos, que fôra enviada para o hospital com o diagnostico de appendicite aguda. Examinando-a, o A. encontrou um tumor movel no hypogastrio, parecendo um utero gravido de 3 meses. Tratando-se de moça acompanhada por pessoas da familia a anamnese não pôde apurar nada a respeito de uma possível gravidez e o mais provavel era mesmo tratar-se de um kysto de ovario, tan-

to mais que a doente se achava muito satisfeita com a sua proxima operação de appendicite, não demonstrando qualquer receio de um acto cirurgico vir evidenciar uma condição vergonhosa. Foi feita a incisão de Pfannenstiel, encontrando-se um pequeno kysto no ovario esquerdo e outro muito maior no ovario direito, contendo este cerca de 1/2 litro de liquido. Ambos foram retirados com conservação do ovario. A crise tomada como de appendicite fôra, sem duvida, devido a uma torção passageira do pediculo.

Discussão. — O dr. Francisco Finocchiaro disse que está de inteiro accordo com as ideias do dr. Eurico B. Ribeiro em vista das perturbações que acarreta a ablação de um organo que representa a personalidade do individuo. Em um caso em que teve de intervir, a muitos annos, conservou um fragmento do ovario que estava menos compromettido, 1/4 mais ou menos do organo, o que serviu para que a mulher continuasse a ter suas menstruações regularmente. Em lugar de extirpar todo o ovario de uma mulher deve-se deixar,

sempre que possível, uma parte desse órgão, porque a sua ablação total acarreta distúrbios graves.

O dr. Americo Brasiliense diz que não é gynecologista, mas, como foi obrigado a sel-o no século passado, acompanhou o assumpto com muito interesse, tendo ficado muito satisfeito em verificar com que facilidade foi feito o diagnostico no caso apresentado. Tem, assim, a satisfação de cumprimentar o A. pelo trabalho apresentado.

O dr. Eurico Branco Ribeiro diz que o dr. Finocchiaro focalizou o post-operatorio das doentes em que se faz a cirurgia do ovario. Parece assentado que um pequeno pedaço do ovario é sufficiente para a conservação da sua função; as doentes acompanhadas após a operação, não apresentaram perturbações da menstruação. Em Buenos Ayres o prof. Ahumada classifica estas operações de ultra-conservadoras; pensa que este termo é excessivo; com o termo "conservadora" já se pôde definir o que seja esta cirurgia. Agradece,

por fim, as considerações feitas pelo dr. Americo Brasiliense.

Úlcera pylorica perforada na parede da vesícula — DR. NELSON RODRIGUES NETTO. — O A. apresentou um caso que havia operado recentemente. Tratava-se de uma úlcera chronica perforante do pyloro. A cratera estava localizada na parede da vesícula, da qual poudeser destacada, em vista da grande proliferação de tecido fibroso. A vesícula poudeser poupada. Apesar das difficuldades de technica, o acto cirurgico decorreu bem e o doente teve um bom periodo post-operatorio.

Discussão. — O dr. Eurico Branco Ribeiro disse que o A. fez bem em trazer o caso á apreciação dos collegas, não só pela raridade da occorrendencia, digna de ser notada, como por permittir travar-se discussão sobre um assumpto assás interessante. Pede permissão para ponderar que a úlcera perforante na parede da vesícula ocorre quando esta é grande e no caso presente o fundo sahia quatro dedos para fóra do bordo do fígado.

SESSÃO DE 9 DE NOVEMBRO

Presidente: DR. AMERICO BRASILIENSE

Tratamento da thromboangeite obliterante — DR. MARIO OTTOBRINI COSTA. — O A. diz que ha cerca de 8 annos vem se dedicando ao estudo desta affecção e nesse sentido tem empregado em seus casos os mais differentes processos therapeuticos preconizados, sem resultado satisfatorio e como documentação apresentou uma serie de casos bem observados, cujos resultados eram precarios antes do emprego da sympathectomia ganglionar. Para resaltar suas affirmativas apresenta varios trabalhos sobre o mesmo assumpto e faz notar que já por occasião de sua these de doutoramento, em 1929, havia observado que a sympathectomia periarterial era contraproducente no tratamento da thromboangeite obliterante. Enumera uma longa serie de methodos therapeuticos indicados no tratamento dessa molestia, faz a sua critica e compara com os resul-

tados da sympathectomia ganglionar. Apresenta uma serie de 6 observações bem documentadas, cujos resultados obtidos pela sympathectomia ganglionar foram de tal ordem a impressionar o A., que acredita ser este o methodo de escolha, até a presente data, no tratamento desta affecção, fazendo notar que a sympathectomia ganglionar modifica intensamente o regimen circulatorio do membro, poupando-o da gangrena ameaçadora e progressiva. Asevera que a indicação therapeutica e a interpretação dos resultados numa affecção multiforme como a thromboangeite obliterante, cuja confusão com affecções similares depende de um diagnostico preciso, razão pela qual preconiza no estudo dos casos desta natureza o emprego das fichas por elle organizada para tal fim, nas quaes são feitos as differentes pesquisas seguintes:

- Exame funcional das arterias
1. pressão arterial
 2. ausculta arterial
 3. T. O.
 4. prova de Babinsky Heitz
 5. prova de Langeron.
 6. reacção hyperemica de Moskowitz.
 7. reacção vaso-motora de Cosacser.
 8. capillaroscopia.
 9. "test" de Aldrich Mc. Clure
 10. prova da histamina.
 11. colorimetria.
 12. thermometria depois do banho frio.
 13. arteriographia.
 14. "test" vaso-motor de Brown
 15. "test" da rachianesthesia.
 16. "test" da anesthesia geral.
 17. "test" da anesthesia troncular
 18. "test" da anesthesia ganglionar.

Assignala que o "test" mais exacto é o da rachianesthesia. Demonstra a facilidade de excussão de uma capillaroscopia com um simples microscopio clinico. Chama a attenção pelo facto paradoxal da absorção dos li-

quidos ser mais rapida nos tecidos em hypohemia circulatoria e, por fim, ao lado das vantagens observadas na prova de Moskowitz encontra a difficuldade de leitura do resultado e preconiza um methodo de sua autoria, que consiste na coloração da onda sanguinea arterial por um corante inoquo para os tecidos como a tripaflavina, o azul de methyleno, etc. e cujos resultados experimentaes e clinicos responderam cabalmente ao conceito theorico que havia formulado. Por fim tece considerações sobre a symptomatologia da thromboangeite obliterante, salientando seus symptomas cardeas e estabelece um methodo pratico para o diagnostico differencial. Fez uma descripção succinta da technica da sympathectomia ganglionar e affirma a extrema facilidade de sua execução. Termina convidando os collegas presentes que empreguem este methodo therapeutico nos seus casos de thromboangeite obliterante, assegurando que os resultados serão melhores do que os que se pôde obter com outros methodos conhecidos.

SESSÃO DE 22 DE NOVEMBRO

Presidente : DR. AMÉRICO BRASILIENSE

Carcinoma gelatinoso do estomago - DR. OSWALDO ALVES DE GODOY. — O A. apresentou a observação de um caso de cancer do estomago, de symptomatologia frustra, com ligeiras perturbações gastricas e que o levaram a pedir um exame radiologico, verificando-se então uma imagem indicativa de lesão cancerosa. Diante disso e como a reacção de Wassermann fosse negativa, foi indicada a intervenção cirurgica. Esta foi realizada pelo dr. Eurico Branco Ribeiro, auxiliado pelo A.. Como se tratasse de um individuo muito gordo, o acto operatorio foi laborioso e demorado, mas a resecção gastroduodenal pôde ser feita amplamente e o decurso post-operatorio decorreu sem accidente, apenas com cephaléa consequente á rachianesthesia. A peça mostrava um estreitamento anular ao nivel do antro pylorico. Aberta, evidenciou um sulco ulceroso cir-

cumscrevendo o antro, mais profundo ao nivel da grande curvatura. O exame histologico mostrou tratar-se de carcinoma gelatinoso (Prof. Carmo Lordy). O A. teceu commentarios sobre essa especie de cancer do estomago, referindo a sua propagação pela sub-mucosa.

Discussão. — O dr. Carlos Fernandes disse que acompanhou o caso com muito interesse; o que lhe causou certa surpresa foi a desproporção entre o que esperava ver no acto operatorio, diante do aspecto radiologico e o que na realidade foi encontrado: ao invés de tumor grande, redução de volume. E' provavel que sobre o processo ulcerativo havia uma infecção, que regrediu com o tratamento pre-operatorio, acarretando retracção cicatricial. Outra coisa interessante é a evolução silenciosa do tumor; quan-

do situados acima do antro, os canceres podem evoluir sem symptomas, mas quando situados alli logo sobre- vem as dores, os vomitos, etc.. Tal- vez tivesse interferido um terreno syphilitico.

O dr. Eurico Branco Ribeiro disse que convém frisar ainda mais a ques- tão do aspecto radiologico. Embora desde o inicio façam pensar em can- cer, as chapas mostram, de especial, uma imagem lacunar de limites mais ou menos regulares, sem o franjeado do adenocarcinoma, coincidindo com o achado cirurgico de uma lesão em



anel, com bordos cortantes, abruptos. Talvez seja isso um aspecto radio- logico caracteristico do carcinoma gelatinoso, podendo, quiçá, a radio- logia apontar a provavel natureza histologica do tumor. Outro ponto interessante é este: não se encon- trou um tumor, uma lesão volumosa, mas sim a ausencia de tumor, uma re- tracção ao nivel da lesão. Tal occur- rencia é commum no cancer do intes- tino grosso, onde produz estenose da luz e o exame somatico não descobre a sêde da obstrução, mesmo em individuos magros.

O dr. Jayme Rodrigues disse que seria interessante nesses casos fazer- se o exame histologico do resto do estomago.

O dr. Francisco Finocchiaro lem- brou que, segundo a theoria de que o cancer é devido a uma infecção, a melhora observada em muitos casos pôde ser explicada pelos effeitos de um tratamento anti-infeccioso e pela diêta.

O dr. Oswaldo de Godoy, encer- rando a discussão, agradece a atten- ção que deram ao seu trabalho. Quan- to á observação do dr. Carlos Fer- nandes relativa á concomitancia de processo syphilitico, penas ser dif- ficil admittir-se uma tal hypothese porque o doente negava passado vene- reo, tinha reacção de Wassermann negativa e não melhorou com um mez de tratamento antisiphilitico; de- mais, o exame histologico não encon- trou elementos que fizessem pensar em lues. A dyspepsia do doente devia correr por conta de uma gastrite do antro. Quanto ao que lembrou o dr. Finocchiaro, acha que o que se pôde dar é a infecção de uma ulceração cancerosa e é por isso que o trata- mento geral, dietetico e anti-infec- cioso, pode trazer melhoras.

A loja cystica de Dufour na lithiase vesicular — DRs. EURICO BRANCO RIBEIRO e JOÃO N. VON SONNLEITHNER. — Os AA. historiam a theoria de Dufour para explicar a formação dos calculos multiplos face- tados da vesicula, citando os traba- lhos feitos em nosso meio a respeito do assumpto. Mostram como é razoa- vel essa theoria e apontam a obser- vação comprobatoria dos cirurgiões, explicando porque muitas vezes a loja escapa á observação do opera- dor. Varias vezes têm os AA. encon- trado a loja cystica com o seu ultimo calculo.

Um caso recentemente observado suggeriu-lhes trazer o assumpto á discussão.

Relatam a seguir a observação da doente, descrevem o acto opera- torio e apresentam a collecção de calculos facetados retirados do interior da vesicula e a peça cirurgica com a sua loja cystica, na qual se vê um calculo encravado.

Sarcoma do femur — DR. CAR- LOS FERNANDES. — O A. mostra duas chapas radiologicas a, primeira demons- trando um espessamento do perios-

teo e ligeira ruptura do mesmo e a segunda, tirada 2 meses mais tarde, apresentando aspecto typico de sarcoma osteogenico da coxa.

A primeira chapa fôra feita fôra do hospital e o radiologista pensou em periostite simples A evolução do caso fez com que a doente se internasse e aqui se realizou novo exame, mostrando então um sarcoma já bastante desenvolvido.

Discussão. — O dr. Eurico Branco Ribeiro disse achar as chapas muito

interessantes, principalmente a primeira, onde, de facto, um exame superficial fazia pensar em periostite, mas onde já havia elementos para firmar o diagnostico de sarcoma osteogenico. Desejava saber qual a conducta therapeutica seguida do caso.

O dr. Carlos Fernandes disse que fôra do hospital propuzeram ao doente fazer punção e raspagem, mas aqui havia [iniciado a radiotherapia.

SESSÃO DE 5 DE DEZEMBRO

Presidente : DR. ADHEMAR NOBRE

Novo methodo de sepultamento do coto das trompas uterinas — DRS. EURICO BRANCO RIBEIRO e JOÃO N. VON SONNLEITHNER. — Os AA. descreveram a technica que vêm seguindo e que pensam ser descripta pela primeira vez. Fazem a libertação da trompa por meio de duas ou tres ligaduras do meso-salpinx, seguida da secção do mesmo. Depois procedem á laqueadura da trompa, aproveitando as extremidades do fio, para, por meio de um ponto de sustentação no corno uterino e consequente passagem do fio através do folheto movel do meso-salpinx, effectuar o sepultamento do coto, conforme eschemas que apresentaram. A seguir fizeram passar um filme cinematografico demonstrando a technica preconizada.

Ictericias por hepatite e ictericias cholestaticas. Diagnostico differencial — DR. MENDONÇA CORTEZ. — Discorrendo sobre a pathogenia das ictericias e a sua classificação conforme as varias escolas, o A. assignalou as suas preferencias baseado nos seus estudos e na larga pratica que tem sobre o assumpto.

Entrou depois na questão do diagnostico differencial, frizando os caracteristicos que conduzem pelo bom caminho. Nas ictericias catarrhaes infecciosas, portanto por hepatite, e volume do figado não soffre alteração durante toda a duração da icte-

ria; no começo, as provas da galactosuria e da diurese provocadas são alteradas e os pigmentos e saes biliares são retidos em abundancia; mais tarde, a diurese provocada melhora rapidamente a galactosuria mais de vagar volta ao normal; pode haver uma retenção dissociada, desapparecendo os saes biliares mais rapidamente que os pigmentos da circulação sanguinea. Nas ictericias cholestaticas, o figado augmenta progressivamente [de volume proporcionalmente á intensidade da ictericia; no começo a galactosuria e a diurese provocadas são sensivelmente normaes, sendo retidos os pigmentos e os saes biliares; mais tarde, a medida que surge a hepatite por cholestase, a galactosuria e a diurese provocadas vão-se alterando. Na ictericia por compressão externa das vias excretoras o apparecimento da ictericia é lento, a tubagem evidencia bile, as fezes não são completamente decoloradas. Convem lembrar sempre que na pratica raramente o caso é eschematico, havendo associações que podem difficultar o diagnostico.

Discussão. — O dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se á persistencia da ictericia na cirrhose hypertrophica e o dr. Jayme Rodrigues falou sobre a presença de sangue, na tubagem, em casos de cancer das vias excretoras e, baseado em observações clinicas, fez commentarios sobre as hematemesees na cholelithiasis.

Sociedade de Biologia de S. Paulo

SESSÃO DE 27 DE NOVEMBRO

Presidente: DR. FLORIANO DE ALMEIDA

Immunização anti-variólica por immunização sub-dérmica do virus vaccínico filtrado (Nota prévia) — DE. R. GODINHO. — Dentre as modificações impostas nos métodos de immunização contra a variola destaca-se a de inoculação do virus vaccínico por via sub-dérmica. Diferentes tipos de virus vaccínico puro permittem, com reaes vantagens, tal meio de immunização resultando reacções typicas de vacinação primaria, accelerada ou vaccinoide e de immunnidade apenas com ligeiro erythema e de endurecimento nodular no ponto de inoculação e que desaparecem sem nenhuma sequella ou vestigio local permanente. O A. empregou em 527 observações exclusivamente o virus dermico filtrado obtido em Buntan por Lemos Monteiro & Godinho desde 1929 e accentua que esta mesma fonte de virus está sendo também usada em Madrid com franco successo segundo recente communição official do Comité Permanente da Repartição de Hygiene Publica.

Chromoblastomycose por fungo do genero Homodendron (n. sp?) (Nota prévia) — DR. J. M. GOMES. — Aos fungos pigmentados produtores da cromoblastomycose: "Phialophora verrucosa", e Acrotheca ou "Trichosporium pedrosoi"; fartamente estudados entre nós por Olympio da Fonseca e Arêa Leão (1929) e F. de Almeida (1932); o A. traz nova contribuição para este ramo de pathologia pertencendo o fungo causador da chromoblastomycose ao genero "Homodendron".

As lesões foram provocadas accidentalmente na occasião em que o portador de chomoblastomycose podava eucalyptus. As culturas puras conseguidas, apresentam um fungo filamentosso, a principio branco, evoluindo em seguida para-côr herva mate. No tecido elle toma a forma de cellulas ovas ou redondas de varias dimensões, isoladas ou ligadas por

massas de pigmentos. A membrana é espessa, o protoplasma granuloso e de côr pardo amarellada.

Do mesmo eucalyptus foram obtidas culturas puras do mesmo fungo.

Sobre a chamada pleuro-pneumonia contagiosa dos caprinos. Comportamento experimental de um virus isolado do systema nervoso central (Nota prévia) — DR. T. TRAVASSOS. — Do cerebro e medulla de caprinos nacionaes e importados do estrangeiro, que apresentam á necropsia processos pathologicos pulmonares (congestões, broncho-pneumonia e gangrena pulmonar), foi possivel isolar um virus que se mostra pathogenico para coaias, coelhos e caprinos (animaes até agora experimentados). Esse agente infeccioso é filtravel, resiste á acção da glicerina, é destruido pelo aquecimento e antisepticos. Inoculado pelas vias sub-dural, camara anterior do olho, vitreo e auditiva media, é capaz de matar em série aquelles animaes (15 passagens até agora feitas), com symptomatologia nervosa. E' neutralizado "in vitro" pelo soro de animaes que resistiram á infecção.

Tanto em caprinos dos quaes foi isolado um "Pasteurella" em cultura pura, como naquelles que mostraram uma flora bacteriana mixta em material colhido do pulmão, estivessem ou não parasitados por helmintos, foi possivel verificar a presença do virus nas emulsões de cerebro filtrados e estereis, por inoculações subduraes ou no vitreo de coaias, coelhos e caprinos.

No cytoplasma das cellulas dos ganglios espinhaes do entumecimento cervical da medulla e no de cellulas de certos nucleos bulbares e da protuberancia de caprinos naturalmente infectados, foram encontrados elementos com caracteres de inclusões (inclusões cytoplasmaticas), de forma coccioide, isolados ou em ag-

glomerados de tamanho variavel, medindo alguns decimos de micron, envoltos por um halo bem accentuado, acidophilos e capazes de ser nitidamente corados pelos methodos de Manu ou de Unna (hemalum-safranina).

Sobre a existencia de um optimo de concentração do complexo eosina + luz na hemolyse photodynamica — DR. M. ROCHA E SILVA. — O facto que um grande numero de reactivos (formol, sublimado, agua oxygenada, eosina irradiada, etc.) determinam em fortes doses uma acção fixadora sobre os erythrocytes e em pequenas doses hemolyse, bem como o facto mostrado por Blum (1930) que os dois phenomenos são influenciados de maneira intimamente connexas pela concentração do ionio hydrogenio, no que se refere á acção de corantes fluorescentes + luz, poderia levar a crer que os dois phenomenos tão intimamente ligados, decorem de um mecanismo unico. Fortes concentrações do reactivio determinariam uma acção brutal "in-totum" da cellula ao passo que uma menor concentração produziria precipitações localizadas que constituiriam pontos de menor resistencia por onde o globulo se romperia, produzindo hemolyse.

Entretanto, o facto observado de um optimo da acção combinada da eosina+luz, bem como do apparecimento tardio da fixação (após 30' de irradiação) quando já a hemolyse é franca em tubos de concentração menor, nos conduz a dissociar os dois phenomenos. De facto, não se comprehende que a dose do complexo eosina+luz se possa elevar até o limiar da fixação sem produzir o phenomeno menos intenso da hemolyse. Muito ao contrario, deve-se admittir que a fixação só foi possivel em virtude da producção tardia da hemolyse nos primeiros tubos, o que permittiu uma acção mais prolongada do corante. Phenomeno analogo foi descrito em 1935 por Bier e Rocha e Silva, que observaram que diante de concentrações hypertonicas de NaCl, a hemolyse é inhibida, produzindo-se uma fixação de erythrocyto para concentrações do corante que, nas con-

dições normaes, são simplesmente hemolysantes.

Somma e efeitos do sublimado e da eosina irradiada — DR. M. ROCHA E SILVA. — O sublimado, como a eosina irradiada, em altas doses, tem uma acção fixadora e em doses menores uma acção hemolytica. A possibilidade de approximar a acção dos dois reactivos de maneira que uma pudesse ser tomada como modelo da outra, nos suggeriu a idéa de verificar a analogia dos mecanismos de acção dos dois reactivos. Doses sub-hemolysantes de sublimado parecem augmentar nitidamente a acção do complexo eosina+luz, produzindo hemolyse, o que nos leva a crer que existe uma analogia de mecanismos da acção hemolytica dos dois reactivos. Ao contrario, nenhum effeito foi observado de doses subfixadoras de sublimado sobre a fixação pela eosina+luz, o que reforça a idéa de comparar os mecanismos de fixação do HgCl₂ do da eosina irradiada.

Ação de doses sub-hemolysantes do sublimado sobre a permeabilidade do erythrocyto — DR. M. ROCHA E SILVA. — Da somma de effeitos de doses sub-hemolysantes de sublimado e de concentração do complexo eosina+luz insufficientes para produzir hemolyse, achamos legitimo concluir que existe uma analogia de mecanismo do sublimado e da eosina irradiada. Em caso parecido, Blum admittiu sem discussão uma analogia de mecanismos da eosina irradiada e da agua oxygenada. Entretanto a possibilidade de um agente hemolytico, mesmo em doses sub-hemolysantes, determinar uma alteração qualquer de permeabilidade do erythrocytos que o torne menos resistente em relação a um outro agente homolytico, o que invalidaria a conclusão acima, nos levou a pesquisar a alteração de resistencia (a soluções de concentrações decrescentes de NaCl) do erythrocyto submettido previamente a pequenas concentrações de sublimado. Taes concentrações de sublimado não parecem alterar de maneira sensivel a resistencia do erythrocyto, mesmo agindo demoradamente (50' a 37°), o que leva a crer que a somma de

effeitos hemolysantes do sublimado e da eosina irradiada, decorre effectivamente de um mecanismo unico.

Notas sobre Culicídeos de Ponce (Mato-Grosso) — DR. J. LANE. — O A. faz uma relação das especies encontradas na região de Ponce (Mato Grosso), e dá o seguinte res-

sultado: cataloga 54 especies, das quaes tres novas; "Microculex abnormalis Uranotaenia burkili e davisii"; e uma variedade nova; "Wyomyia hosantos n. v. var. leucotarsis". Para a classificação desses exemplares teve larvas, adultos machos e femeas. Traz graphicos, desenhos e dados sobre as especies.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo

SESSÃO DE 30 DE NOVEMBRO

Presidente: PROF. FLAMINIO FAVERO

Ezemas profissionais. Impossibilidade da classificação da ficha daetyscopica. Sua obtenção após tratamento radiotherapico — DR. JOÃO PAULO VIEIRA. — Depois de fazer um estudo geral dessas dermites e de suas consequencias o orador apresentou a observação, de um paciente com o typo classico do eczema provocado pelo uso continuado de agua, sebo, kaol e potassa, com infiltração da epiderme e alargamento dos sulcos naturaes da mão. Era inteiramente impossivel a identificação das impressões digitaes nesse caso, conforme demonstrou a ficha respectiva tirada em 3 de junho de 1935. Tratado pela radiotherapia, ficou inteiramente bom, como se viu pela apresentação do doente, e a sua ficha em 30 de outubro era nítida, identificavel. Depois de exhibir tambem varias photographias que elucidaram completamente o caso, o orador terminou fazendo considerações sob o ponto de vista da identificação e da infortunistica.

Nova reacção para o diagnostico precoce de gravidez (Nota previa) — DR. ARNALDO AMADO FERREIRA. — O autor tratou de uma nova reacção para diagnostico precoce da gravidez, em estudos desde 1932. Ao depois de tecer considerações sobre o hormonio pre-hypophysiaro e o seu papel na gravidez, disse como ideou a reacção a que alludiu e que

é obtida pela immunisação activa de coelhos com urina de mulheres peçadas. Fallou sobre a technica que empregou e dos resultados promissores a que chegou. Os seus estudos a respeito continuarão e, em breve, apresentará á Sociedade os resultados definitivos de suas pesquisas.

Da applicação da colorimetria para a dosagem do oleo essencial de sabina — PROF. FLAMINIO FAVERO e D. A. ELISA NOVAH. — Depois de tratar da importancia do assumpto, os autores se referiram aos meios de pesquisa do toxico na pratica. Passaram, em seguida, a tratar das varias reacções aconselhadas, detendo-se na questão da dosagem, para o que empregaram a colorimetria, ainda não usada nesse caso. Insistindo nas causas de erro, apresentaram, por fim, as suas conclusões, de que se evidencia a possibilidade de uma dosagem approximada, o que tem valor na pericia.

Psychologia criminal — DR. FLAVIO R. DIAS. — O orador estudou com minucia a contribuição da psychologia e os processos de technica moderna no estudo do criminoso e as vantagens do diagnostico psychologico para a avaliação da criminalidade latente e perigosidade, em vista da defesa social e applicação do Codigo. Dada a finalidade pratica

do trabalho e a sua importancia, a Sociedade, depois de fallarem a respeito os d^{rs}. Hilario Veiga de Carvalho, James Ferraz Alvim e o Snr. Presidente, resolveu, por proposta do primeiro, officiar ao Governo do Estado, mandando-lhe uma copia

da communicação e mais o pedido para que seja criado, na Policia, annexo ao serviço de anthropologia criminal, um laboratorio de psychologia criminal, o que será de grande efficiencia para a therapeutica e prophylaxia do crime.

Sociedade de Ophtalmologia de S. Paulo

SESSÃO DE NOVEMBRO

Presidente : DR. DANTON MALTA

Contusão do globo ocular com turvação permanente da capsula anterior do crystallino. — DR. FREDRICH MUELLER. — O A. relatou um caso de forte contusão do globo ocular determinando opacidade limitada e permanente da capsula anterior do crystallino e iridodialyse. Ao nivel da opacidade capsular havia cellulas pigmentadas da iris. O A. fez considerações sobre a therapeutica das contusões oculares, estudando em particular as indicações da atropina e da eserina.

Melhora da acuidade visual após operação endonazal de ethmoidite chronica — DR. FRIEDRICH MUELLER. — O A. refere á observação de um doente que durante seis mezes apresentou perturbação visual que não permittia observar o trajecto da bola no jogo de tennis. O paciente era portador de uma ethmoidite chronica de que foi operado por via nasal, curando-se em oito dias. O A. procura interpretar a diminuição visual como consequencia de um disturbio circulatorio da retina, motivado pela affecção das celulas ethmoidaes.

Plastica de symblepharo do angulo interno com resultado satisfactorio — DR. FRIEDRICH MUELLER. — O A. descreve a operação que praticou em um caso de symblepharo do angulo interno, após queimadura que soldava as duas palpebras entre si e ao bulbo ocular. O resultado foi satisfactorio.

Perfuração da cornea por estilhaço de vidro. Cura — DR. FRIEDRICH MUELLER. — O A. relatou um caso de um ferimento do olho por estilhaço de vidro, que perfurou a cornea e ficou encravado nessa membrana. O tratamento foi especante e diz ter havido a eliminação espontanea do fragmento.

O trachoma na capital de S. Paulo — DR. AURELIANO FONSECA. — O A. apresentou uma estatistica de 4.368 militares da Força Publica, 5.269 escolares e 30.136 crianças das escolas publicas e particulares examinadas nesta capital, sendo um total de 40.373 examinados encontrando apenas 0,73% de trachomatosos. Comparando suas estatisticas com as de outras grandes capitães, affirma que, virtualmente, não temos trachoma em nossa capital. Os que existem são quasi todos vindos do interior do Estado e são encontrados nas estatisticas do Posto do Braz e dos hospitaes. Conclue dizendo que o problema do trachoma resume-se nos cuidados da hygiene geral e individual, pois elle foge dos meios cultos e civilisados, onde ha agua em abundante e esgotos, e suggere as seguintes medidas para extinguir o trachoma no nosso Estado : 1) Ensinar noções de trachoma a todos os professores publicos ; 2) Mandar affixar nas enfermarias e ambulatorios de olhos, nos postos de trachoma, nas escolas publicas e particulares, quartéis, hoteis, etc., conselhos de hygiene ocular relativos ao trachoma ; 3) Não receber nas escolas, quartéis, fabricas e repartições publicas pessoas

affectadas de trachoma; 4) Tornar obrigatorio a todos os alumnos das escolas medicas provas praticas e escriptas sobre o trachoma, sem prejuizo de outros conhecimentos de molestias oculares; 5) Intensificar e facilitar as installações de rede de agua e de esgotos nas cidades do interior.

Enxerto de gordura após enucleação para melhorar a prothese — DR. JUNQUEIRA FRANCO. — O A. apresentou um doente de 19 annos que, portador de estaphylomas escleral e ciliares, consequentes a um glaucoma secundario e com visão nulla, foi por elle enucleado e feita em seguida a autoplastia por implantação de um fragmento de tecido gorduroso sub-cutaneo (Barraquer, 1901; Bartels, 1908), de accôrdo com a technica descripta por Elschnig.

Faz um ligeiro historico dos diferentes processos, para se deter no methodo referido, cujas vantagens salienta.

Cita ainda recente artigo de Lowenstein no Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. que usou este methodo durante longo tempo com resultados satisfactorios, empregando ultimamente em vez de gordura, peças de cartilagem já promptas, tornando o processo ainda mais simples. Chama a attenção dos collegas presentes para a mobilidade quasi perfeita da prothese do doente apresentado, notando-se, apenas, um pouco augmentado o sulco orbito-parpebral superior, o que teria sido evitado se fosse introduzido na cavidade conjuntival um fragmento de gordura maior.

Reabsorção do crystallino e capsula na camara anterior —

DR. B. PAULA SANTOS. — O A. relata a observação de um doente de 78 annos que apresentava atrophía do olho direito e o olho esquerdo trazia correcção de aphacia, que dizia usar ha 32 annos, isto é, desde quando perdera o olhos direito. O olho esquerdo apresenta pequena mancha branca na parte lateral da cornea, do lado externo, exito de uma keratite. A face posterior da cornea, ao nivel da mancha é irregular devido á presença de dobras e depositos pigmentares. Ha granulações pigmentadas em toda a face posterior da cornea, porém, não ha depositos recentes. Camara anterior um pouco augmentada de profundidade. Pupilla oval em consequencia da repuchamento da iris que está presa, ao angulo irido-corneano, no lado externo, ficando livre só o esphinter. Iris atrophíada e orla pigmentada presente só no lado interno. O vitreo entra na camara anterior, em forma de mechas, com raros granulos pigmentados. Vitreo ligeiramente pulverulento, com granulações brancas e pigmentadas. Na parte lateral da camara anterior, ao nivel da mancha corneal, está a crystalloide completamente vasia de fibras crystallinianas; apresenta-se adherente ao angulo irido-corneano e cheia de dobras, como se fôra um panno irregularmente dobrado. Como as informações do doente são obscuras, o A. admite que no caso tenha havido uma contusão do globo e consequente luxação completa do crystallino na camara anterior; havendo ruptura da crystalloide, reabsorveram-se as massas. O traumatismo explicaria tambem o repuchamento da iris e a adherencia da capsula ao angulo irido-corneano.

Club Zoologico do Brasil

SESSÃO DE NOVEMBRO

Medusas do litoral paulista —

DR. PAULO SAWAYA. — Refere-se ás numerosas pesquisas realizadas no corrente anno, para collecta de material destinado ao Curso de Zoologia da Faculdade de Philoso-

phia, Sciencias e Letras da Universidade de São Paulo.

Entre os animaes capturados sobressaem os do phylum "Coelenterata", principalmente "Hydrozoa"; especimes de "Scyphozoa" (Rhys-

toma) e "Anthozoa" (Renilla). Preparações microscópicas foram exibidas para o estudo de morfologia geral, e bem assim exemplares de "Cnidaria" do Instituto de Zoologia. Tratou-se do mecanismo de defesa desses animais, cujos "cnidoblastos" se localizam na superfície do corpo, principalmente nos tentáculos. Relaciona-se com o cyclo evolutivo das Medusas o facto de não as haver encontrado, quando da visita feita em companhia do saudoso prof. Bresslau ás praias e ilhas de Santos, em principios deste anno. Foi projectada uma serie de diapositivos demonstrando os interessantes aspectos morphologicos destes animais, bem como a systematica e biologia dos mesmos.

Regime alimentar de alguns peixes carnívoros — AGENOR C. MAGALHÃES. — Estuda a alimentação de alguns peixes carnívoros que abocanham com invulgar voracidade outros de igual porte.

Cita o "Ciasmodon higer" que, possuindo bolsa ventral elastica, recebe peixes de proporções avantajadas. O "black-bass" dos Estados Unidos deglute um seu rival, além de outros mais. Um "dourado" da Cachoeira de Emas, em Pirassununga, possuia em seu estomago tres piabas, um curimatá, dois lambarys, e, facto curioso, um sabiá laranjeira. A traíra, neste capitulo, é capaz de grandes façanhas: seis dellas, em um tanque de carpas em Santo Amaro, consumiram cerca de 200 alevinos daquelles "Cyprinideos", em 3 mezes.

A girafa na historia e na arte — PLÍNIO DE BARROS MONTEIRO. — Por todo o valle do Nilo no velho Egypto, a girafa era conhecida, quer nas obras esculpturaes, quer nos hieroglyphos.

Sobre os varios objectos, nos vasos e nas pinturas, este exquisito animal apparecia sempre representado com perfeição e verdadeiro senso artistico.

IMPREENSA MEDICA PAULISTA

Summario dos ultimos numeros

Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, XIX, 103-148, agosto-setembro 1935.

Mycoses do aparelho respiratorio — FLORIANO DE ALMEIDA; Considerações acerca de um caso de calculose ureteral — SOARES HUNGRIA e JOSE SAYEG (dordo.); Sobre um caso de mycose pulmonar causada por penicilium — VASCO FERRAZ e FRANCISCO X. PINTO LIMA (dndo.); Considerações em torno da pancreatite hemorrhagica — HILARIO VEIGA DE CARVALHO e A. D. FRANCO DO AMARAL; Novos processos da ophthalmologia — MOACYR E. ALVARO; Resultados obtidos com as cem primeiras gastroscopias na capital de S. Paulo — VASCO FERRAZ COSTA; Ruidos auriculares — PEDRO COSSIO; Uma phase elevada do pensamento anatomo-comparativo: Cuvier — J. RIBEIRO NETTO.

Gazeta Clinica, XXXIII, 267-295, outubro 1935.

A favor de um tratamento mais completo e mais effizaz do paludismo — ERVIN WOLFFENBUTTEL; Investigação da paternidade — HENRIQUE TANNER de ABREU.

Publicações Medicas, VII, 1-56, outubro-novembro 1935.

Hipospadias feminina. Desembocamento anormal da urethra — CARLOS GAMA; Compressão epitrocleana do cubital — ERNANI CUNHA; Tratamento abortivo do acné e do furunculo — MANSO PEREIRA; Como corrigir os effeitos secundarios do quiniño — BATISTA PINTO.

Revista da Associação Paulista de Medicina, VII, 128-194, setembro 1935.

A prova de Katsch-Kalk nas gastropathias — FELIPPE VASCONCEL

LOS; Meningo-polyneurite consecuti-
va á vaccinação anti-rábica — FER-
NANDO DE OLIVEIRA BASTOS. A
selecção dos bachareis — E. DE
AGUIAR WHITAKER; Relações entre
a alergia e a imunidade na tuver-
culose — OTTO BIER; Syndrome
agranulocytario com reacção lym-
phemoide — MARIO MURSA.

Revista de Leprologia de São Paulo, 1-85, (Numero Especial con-
sagrado á 1.^a Reunião de Therapeu-
tica do Departamento de Prophyl-
axia da Lepra do Estado de S. Pau-
lo) Junho 1935.

Notas de Redacção — NELSON DE
S. CAMPOS; Tratamento da Lepra
pelo azul de methyleno — RENATO
BRAGA; Os resultados do tratamento
pelo azul de Methyleno endovenoso
— FLAVIO MAURANO; Tratamento
da Lepra pelo Azul de Methyleno no
Asylo Colonia de Aymorés — J.
CORREA DE CARVALHO; O Azul de
Methyleno no tratamento das reac-
ções leprosas — EDSON COSTA VA-
LENTE e LUIZ MARINO BECCHELI;
O Azul de Methyleno no tratamento
das Algas leprosas — LUIZ MARINO
BECCHELI; Accidentes observados
no tratamento da Lepra pelo Azul
de Methyleno — FRANCISCO RIBEI-
RO ARANTES; Tratamento das al-
gas em doentes de Lepra — JOÃO
DE MORAES JR.; Acido osmico intra-
venoso nas nevrites agudas leproti-
cas — ARGEMIRO RODRIGUES DE
SOUZA; Opothérapie thyroïdeia em
um caso de lepra — EUGENIO RODRI-
GUES DE SOUZA; Lepra occular.
Tratamento — J. MENDONÇA DE
BARROS; Considerações sobre o tra-
tamento das complicações oculares
na lepra — FRANCISCO AMENDOLA;
Tratamento anti-leprotico em San-
to Angelo e seus resultados — MA-
NUEL DE ABREU; Avaliação dos re-
sultados do tratamento — LAURO

SOUZA LIMA; Tratamento de roti-
na no Sanatorio Padre Bento — LAU-
RO SOUZA LIMA; Methodo de infil-
tração intradermica ou "Plancha"
— LAURO SOUZA LIMA; Ensaio de
tratamento da Lepra — JOSÉ CO-
RREA DE CARVALHO; O sector otorhi-
nolaryngologico do Sanatorio Padre
Bento — SERGIO VEIGA DE CARVA-
LHO; A Sorologia da sífilis em face
do tratamento anti-leprotico — LAU-
RO SOUZA LIMA.

Revista Oto-laryngologica de S. Paulo, III, 402-515, Setembro-outu-
bro 1935.

Apoplexia do véu do paladar —
EDGAR DE CERQUEIRA FALCÃO; Le-
sões mucosas produzidas pela leish-
mania tropica, var. americana —
MARIO OTTONI DE REZENDE; Para-
lysis diphterica e soro inespecifico —
PAULO MANGABEIRA ALBERNAZ; Das
formas mucosas da leishmania tegu-
mentar americana e seu tratamento
— MATTOS BARRETO.

Revista Paulista de Tisiologia,
I, 332-417, Setembro-Outubro 1935.

Os preventivos infantis e a pro-
filaxia da tuberculose — CLEMENTE
FERREIRA; Nuevas investigaciones
sobre los elementos filtrantes del
germen de la tuberculosis — R. PIA
Y ARMENGOL Y J. GRATACÓS MAS-
SANELLA; A organização italiana no
combate á tuberculose — J. OCTAVIO
NEBIAS.

São Paulo Medico, II, 137-211,
Setembro-outubro 1935.

Falso abscesso de Brodie do maxil-
lar inferior. A proposito dos falsos
abscessos de Brodie — S. HERMETO
JR.; Psicosis puerperais — CELSO
WEIZ DE MAGALHÃES; Parecer psy-
chiatrico-legal sobre um caso de de-
svio instintivo global — A. TEIXEIRA
LIMA e FAUSTO GUERNER.

INDICE GERAL DOS

"Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia"

VOLS. I A XXVI

Preço, 10\$000 :—: Pedidos á Caixa Postal, 1574 :—: S. Paulo

LITERATURA MEDICA

Livros recebidos

Técnica Quirúrgica — G. MARION, — 2.^a edição espanhola da 5.^a francesa, Editorial Pubul (Enrique Granados, 63), Barcelona, 1932.

A *Technica Cirurgica* de Marion é, sem duvida, o livro mais conhecido e compulsado pelos nossos cirurgiões. A diffusão que alcançou em nosso paiz é fructo unicamente da optima orientação da obra: o grande professor francês fez uma selecção de technicas operatorias, escolhendo as que lhe parecem mais recommendaveis para apresental-as a quem necessita de um guia experimentado. O texto assim escolhido é acompanhado de excellentes gravuras. Embora obra não necessite de elogios, convem frizar que a edição espanhola, traduzida da ultima francesa, vem acrescida de varios capitulos, formando um todo de 2 grandes volumes com mais de 1.000 paginas.

Cirurgia Gástrica — MANUEL CORACHAN — Salvat Editores (41, Calle Mallorca, 49), Barcelona, 1934.

Ainda não veio a lume o promettido segundo volume da importante obra do conhecido professor espanhol. O primeiro volume que teve larga repercussão e do qual acabamos de receber um exemplar, trata da embryologia do exame de um doente de estomago, dos aspectos clinicos e cirurgicos da ulcera gastrica, da gastrite, do cancer, da tuberculose, da lymphogranulomatose, da syphilis, da actinomyose e de outras molestias mais raras do estomago. Em tudo o A. se revela um grande observador e um conhecedor profundo das questões ligadas á cirurgia gastrica — o que aliás já era bastante conhecido através dos cursos de aperfeiçoamento que vem dando annualmente em Barcelona. A feitura material da obra é de primeira ordem, o que dá realce aos 374 clichés contidos nas 776 paginas do primeiro volume da obra.

Vitamina e Nutrição — RENATO DE AMORIM — Villani & Barbero (Ubaldo do Amaral, 78), Rio, 1935.

O A. que occupa cargos de relevo

na capital do paiz, onde se consagra ás questões de Pediatria, nos apresenta um interessante volume em que faz um estudo de synthese sobre as vitaminas e suas relações com a nutrição. A distribuição do seu livro vem em época muito oportuna, pois que o assumpto vem sendo debatido com insistencia em nossas sociedade scientificas, despertando o interesse não só dos pediatras, como de todos os que acompanham de perto os progressos da Medicina. A obra do A. está dividida em 4 capitulos, a saber: 1, Conceito da Vitamina; 2, Propriedades physiologicas das vitaminas; 3, Carencias vitaminicas; e 4, Vitaminotherapie. Livro de 200 e poucas paginas, é de leitura rapida e amena. E' um bom guia para quem se inicia no estudo das Vitaminas.

Ileo — DOMINGO PRAT — Palacio del Libro (25 de Mayo, 577), Montevideo, 1931.

Em 2 volumes, de boa feitura material, o prof. Domingo Prat, do Uruguay, nos apresenta um interessante trabalho, digno de registo especial não só pelo seu valor intrinseco, como pela orientação segura demonstrada pelo A., que, assim, se revela um observador perspicaz e um estudioso merecedor dos mais calorosos applausos. O livro é dedicado ao estudo clinico e therapeutico da oclusão e obstrucção intestinal. O assumpto é tratado com larga messe de conhecimentos theoricos applicados a uma vasta observação clinica. Ahí o motivo por que o A. chega a conclusões de grande utilidade no terreno da pratica, donde o grande valor do seu trabalho.

Clinica Obstetrica — CLOVIS CORRÊA DA COSTA — Flores & Mano (rua do Ouvidor, 145), Rio, 1935.

Entre os livros de Obstetricia que ultimamente foram publicados no Brazil destaca-se o que Clovis Corrêa da Costa apresenta na Bibliotheca Universitaria Brasileira. Membro da escola de Fernando Magalhães, espelhando as lições do Mestre, apresentando-as ao seu feitio, sustentadas

pela sua pratica propria — o A. produziu um curso de alto alcance pratico, pois que todo elle é dado diante de hypotheses de contingencias clinicas. E', desse modo, um livro que ensina a applicar os conhecimentos auferidos com os tratadistas, com a circumstancia de focalizar situações clinicas que os mestres em geral encaram por alto. Livro util, portanto, para quem faz Obstetricia.

Clinica Medica — A. LOURENÇO JORGE — edição do Autor, Rio, 1935. Lourenço Jorge é chefe de Clinica

Medica no Hospital de Prompto Socorro do Rio de Janeiro. Dispondo alli de farto material, poudé aprimorar o seu senso clinico, graças á orientação magnifica que se traçou de "ater-se ao justo limite da boa observação". Dentro dessa norma e jogando com os dotes de sua personalidade, deu uma série de aulas que bem mereceu apparecer em volume. Ao lado da apreciação criteriosa de casos clinicos, o A. encarou com excellente juizo critico varios problemas encontradigo na pratica diaria, o que torna o seu livro ainda mais interessante.

Separata e folhetos recebidos

La composicion quimica y mineralógica y el valor technico-industrial de las conchas depositadas en algunos puntos de la costa Uruguay del rio de la Plata — JUAN SCHROEDER — Anales del Museu de Historia Natural de Montevideo, IV, n.º 8, 1935.

Empleo de la auto-suero-terapia con suero de vejigatorio en el tratamiento de las toxicomanias — ROGELIO E. CARRATALA — Revista de la Asociación Medica Argentina, XLIX, maio de 1935.

La estructura geologica de los alrededores de Montevideo — KARL WALTHER — Anales del Museu de Historia Natural de Montevideo, IV, n.º 7, 1935.

Estudio quimico experimental sobre la toxicidad y fijación del manganoso en el organismo animal — ROGELIO E. CARRATALA e CARLOS L. CARBONESCHI — Publicaciones Medicas, I, n.º 1, 1935.

Las intoxicaciones por la fenofalleina — ALFREDO BUZZO e ROGELIO E. CARRATALA — Revista de la Asociación Médica Argentina, XLIX, agosto de 1935; El Dia Medico, VII, n.º 58, 1935.

El hallazgo en el Uruguay de macias multiples de aragonito, sílficadas, afines al tipo Molina-Bastennes — K. WALTHER — Anales del Museu de Historia Natural de Montevideo, IV, n.º 9, 1935.

El problema del cancer — FRANCISCO PECCALUGA — Revista Medico-Quirurgica de Patologia Feminina — Hospital Rivadavia, III, abril de 1935, V, n.º 4, 1925.

Psicosis Toxicas — ALFREDO BUZZO e ROGELIO E. CARRATALA — Archivos de Medicina Legal — Argentina, V, julho-agosto, 1935.

Titulación comparativa de preparados digitalicos comerciales, por el metodo quimico, empleando el colorimetro, por el metodo de la Paloma e por el metodo del Gato — Archivos de Medicina Legal — Argentina, V, março-abril 1935; Revista de la Asociación Médica Argentina, XLIX, abril de 1935.

Toxicologia. Acción de la adrenalina y de analépticos cardio-respiratórios en la intoxicación determinada por la morfina — ROGELIO E. CARRATALA e ADALCIRA A. DE MUÑOZ — Revista Médica Latino-Americana, XX, novembro 1934.

Résultats de Chirurgie conservatrice du ponce dans les traumatismes et les infections graves — Montant — Societé Médico-Chirurgicale des Hospitiaux Libres, Janeiro de 1935.

Über die selbständige Lymphogranulomatose des Magendarmkanals — WILHELM SOMMERFELD — Universität Basel, Berlin, 1933.

Über die Zunahme der Tubargraviditäten und Ursachen — ERICH BERNHARD — Wiesen (Graubünden), 1933.

Über Luminalbehandlung der epilepsie nebst Bemerkungen über einige sonstige moderne Verfahren — MARK SACHAROFF — Fakultät der Universität Basel — Rypin (Polen), 1933.

Vergleichende Untersuchungen über die lokale Anaphylaxie ver-

schiedener Organe — HANS SCHOLER — Fakultät der Universität Basel — Zuzgen, 1933.

Die gastro - Jejuno - Kolonfistel nach Gastroenterostomie unter besonderer Berücksichtigung der Röntgendiagnose — JOSEPH RINER — Fakultät der Universität Basel, Zeihen, Aargau, 1933.

Mikro-Photographie mit Infra roten Strahlen O JAKOB BINKIN — Fakultät der Universität Basel, Bialystok (Polen), 1933.

ASSUMPTOS DE ACTULIDADE

Hypertensão e arterio-esclerose

O papel dos Rhodانات — O homem, disse alguém, tem a vida de suas arterias. É assim é de facto. Arterias duras, espessas, resistentes, pouco elasticas, moniformes como trachéas de passaros, indicam envelhecimento precoce e vida curta. Ao contrario, arterias molles, macias, flexiveis, elasticas, significam saude, bem estar e grande vitalidade; além de que, os primeiros, por motivo mesmo da esclerose de suas arterias, levam uma existencia atribulada e cheia de soffrimentos. As modificações intellectuaes lhes são communs, causando-lhes vivas inquietações. Sua attenção e sua memoria diminuem consideravelmente, sua emotividade se torna excessiva obrigando-os muitas vezes a abandonar suas occupações habituaes (Josué).

Neurasthenia, insomnia, dores de cabeça, vertigens, nevralgias, palpitações ao menor esforço, sensação de dedo morto, hemorragias nasaes, são symptomas que frequentemente se verificam nesses individuos.

Nun periodo mais avançado, apparecem então as lesões no coração (insufficiencia cardiaca) e nos rins (nephrite), precedidas, acompanhadas ou seguidas de seu signal principal: uma consideravel hypertensão arterial maxima e minima.

Não tratadas em tempo, innumerables complicações podem sobrevir, destacando-se dentre ellas, as rupturas vasculares (hemorrhagia cerebral), as pa-

ralysias, a claudicação intermitente, as arterites, as thromboses, os athe-romas, a angina do peito, a uremia, a gangrena, etc.

Taes, em poucas linhas, as desgraças que podem ferir de um momento para outro, o hypertenso e o portador de arterio-esclerose.

A' vista disso, como se livrar desses possiveis accidentes?

Como prevenil-os?

Como, uma vez installados, tratal-os?

Antes de mais, é preciso evitar demasiada pressão do sangue arterial, pressão exaggerada essa que acarretará, cedo ou tarde, o envelhecimento ou calcificação das arterias, ou seja, a arterio-esclerose, com todo o seu terrivel cortejo symptomatico. Evitada ou curada a hypertensão arterial, será banida a arterio-esclerose, que, com effeito quasi sempre succede áquella.

De maneira que combater a hypertensão é tambem preservar o individuo da fibrose vascular, syndromo que caracteriza a época actual, dinamica, agitada, e que, por seu augmento assustador em todo o mundo, foi denominado o *terceiro flagello*.

Infelizmente, até ha bem pouco tempo, a therapeutica quedava como que desarmada diante desses grandes males, desconhecendo mesmo um tratamento causal, especifico, que os cortasse pela raiz. Quando muito se lançava mão, para não desiludir os doentes, de remedios puramente sym-

ptomaticos, que agiam de maneira falsa e transitoria.

Faziam parte desse arsenal therapeutico, o nitrito de amylo, a trinitrina, o tetranitrato, o nitrito de sodio, benzoato de methyla, o viscum album, o allium sativum, a atropina, os quaes mitigavam apenas um ou outro symptoma, mas não visavam, de maneira alguma, a causa da molestia na sua intimidade tiscular. Não havia, portanto, uma medicação por assim dizer electiva das doenças arteriaes, que actuasse não sobre os seus efeitos e sim sobre a origem productora do mal.

Mas a therapeutics, na sua faina incansavel de desvendar á natureza os seus mais reconditos segredos, encontrou finalmente após muitos esforços, um sal, o RHODANATO DE SODIO, dotado das mais extraordinarias virtudes curativas e preventivas das lesões arteriaes. O rhodanato de sodio surgiu pois como o medicamento ideal da hypertensão e da arterio-esclerose, gosando de todas as vantagens nessas enfermidades, sem os efeitos e os inconvenientes dos remedios acima apontados.

Embora suas propriedades hypotensivas só fossem proclamadas ultimamente, não é elle um sal novo. Claude Bernard, o grande physiologista francez ha mais ou menos 50 annos fel-o objecto de experiencias que ficaram celebres e que foram relatadas na sua notavel monographia "Sobre os efeitos das substancias toxicas". Mais tarde, outros estudiosos confirmaram sua acção especifica sobre os syndromos arteriaes merecendo de scientistas do valor de Pauly, Ral e Dalmy, os mais francos encomios. Depois o rhodanato ficou durante algum tempo esquecido, até que em 1925, dois autores allemães, Wespthal e Blum, voltaram a empregal-o, reconhecendo nelle um medicamento capaz de produzir importantes modificações na nutrição vascular. A acção hypotensora do rhodanato foi ainda exaltado por Kramer, Takats, Lorcher, Askana-zy e outros pesquisadores denomeada.

Como age elle? De que maneira actua no organismo?

Ao que parece, o rhodanato goza de uma acção antagonica á da cholesterina. Esta, ninguem o ignora, é encontrada em excesso (hypercholesterinemia) quer nos hypertensos, quer nos portadores de arterio-esclerose,

atheromas, etc.; disso resulta o deposito continuo daquella substancia nas paredes das arterias, de onde, em ultima analyse, o seu endurecimento, os espasmos, as dores, as rupturas. Esse excesso de cholesterina seria ainda o responsavel pelo augmento do tonus das fibras musculares lisas das paredes vasculares (dahi a hypertonia) e por uma diminuição da permeabilidade das membranas cellulares.

O rhodanato, agindo em sentido opposto ao da cholesterina e neutralisando sua acção, favorecendo o metabolismo organico alterado augmentaria a permeabilidade das membranas cellulares, annularia os espasmos e a hypertonia, normalizando, em uma palavra, a tensão arterial.

Os resultados colhidos com o rhodanato em muitos annos de experiencia clinica, confirmaram esse mecanismo de acção. As curas que se fizeram com seu emprego, provam ainda que não se trata de uma modificação symptomatica e sim de uma *medicação causal*, que ataca a molestia na profundidade do seu biochimismo. Elle determina uma queda lenta da pressão arterial, reduzindo pouco a pouco a hypertonia e o espasmo vascular, dilatando suave e estavelmente todos os vasos e não apenas os periphericos. Não exerce acção secundaria lesiva sobre o myocordio nem sobre o systema nervoso central, podendo ser usado durante muito tempo sem o menor inconveniente.

Combatendo a insufficiencia renal, a retenção chlorada e os disturbios humoraes dos hypertensos, goza de acção, fiel e permanente, pois ataca directamente sobre o fundo da molestia e, indirectamente como modificador da crase sanguinea, vaso dilatador, cardiotonico e diuretico. Os resultados mais recentes sobre o uso do rhodanato foram publicados pela clinica Cornell, dirigida pelo professor Gager, que fez o relato de 35 casos de hypertensão essencial curados pelo sal com exito notavel.

Clapier, a 28 de maio de 1932, no "Paris Medical" — *O rhodanato, medicamento da arterio-esclerose* — trouxe outra contribuição importante a seu favor, qualificando-o de medicação de fundo, que modifica profundamente a nutrição dos hypertensos e salientando ainda que, em tratamen-

tos prolongados, sua acção sobre a esclerose vascular se patenteia simplesmente admirável.

Foi também estribado em pesquisas de laboratório e em grande numero de observações clinicas, que o prof. Carli, de Roma, se lembrou então, de apresentar, aperfeiçoando sua actividade therapeutica, o rhodanato sob forma de um sal que mais se approximasse dos grupos sulfocyanicos que se encontram nas diversas secreções organicas, como succo gastrico, saliva, urina, etc. Surgiu assim o rhodanato de sodio, por via buccal, conhecido pelo nome de IPOTENSOL, que é um preparado de sabor agradável, tendo como vehiculo, o extracto de café.

O IPOTENSOL, por todos esses motivos, marcaincontestavelmente um progresso na therapeutica, ultrapassando, no dizer de Clapier, em actividade e beneficios, todas asmedicações hypertensoras até agora conhecidas sem exclusão do iodo e seus derivados.

Posologia. — Clapier, nos seus casos, empregou toda a agramma das doses intermediarias entre as fracas

indicadas por Gager (0,10 grs.) e as fortes preconizadas por Westphal (1 gr. por dia). Elle está de accordo com Fineberg e Finechou em fraccionar o medicamento em tres ou quatro vezes nas 12 horas. Desejando-se um abaixamento importante da pressão arterial, a dose de 0,90 grs. maisou menos por dia (3 vezes 0,30 grs.) parece excellente. Mas para os tratamentos de fundo, as doses de 0,50 0,60 grs. em tres vezes, são as preferidas pelo autor. Praticamente, toma-se o IPOTENSOL ás colherinhas das de chá, 3 vezes por dia na 1.^a semana, 2 colherinhas das de chá na 2.^a semana, e 3 na 3.^a semana, ficando ao criterio do medico augmentar ou diminuir a dose.

Em resumo: o IPOTENSOL, medição especifica á base de rhodanato de sodio, gosa da propriedade de *evitar e dissolver os depositos cholesterinicos nas paredes dos vasos*, bem como prevenir o endurecimento da tunica interna das arterias visceraes produzindo pela infiltração dos saes calcareos no seu tecido fibroso, impedindo assim os espasmos vasculares, a hypertensão e a arterioesclerose.

Um caso interessante de Wassermann resistente

Observação clinica. — M. G. L., 30 annos, feminina, branca, brasileira, domestica, casada ha 6 annos, residente á rua Sant'Anna, n.º 125, matriculada em 1 de Fevereiro de 1934 no Ambulatorio do Hospital da Fundação Gaffree-Guinle, sob o n.º 53.713 e ficha n.º 10.265.

Historia actual: Ignora quando se infectou. Fonte de infecção: Conjugal. Localisação da lesão inicial: desapercibida. Nunca teve filhos nem abortos. Apresenta cephaléas e dores osseas com paroxysmo vespereal, ganglios inguinaes e epitrocleanos. Exame da pelle: Syphilides circinadas dos ante-bracos e coxas. Exame das mucosas: normaes. Reflexos pupillares: normaes. Reflexos tendinosos: presentes. Reflexos Romberg: ausentes. Orgãos dos sentidos: normaes. Apparelho cardio-vascular: Mitro-aortite (matriculada no serviço de syphilis vascular sob o n.º

1979). Diagnose: L3 (lues terciária). Reacção de Wassermann, antes do tratamento, em 26-1-934, fortemente positiva. Tratamento: 1) Serie de 914 (neosalvarsan) num total de 6gr.05 (Fevereiro a Setembro de 1934). Reacção de Wassermann em 2-10-934: Conservou-se fortemente positiva; 2) Serie de 20 amps. de bismutho (rotbi) de Outubro a Dezembro de 1934. Reacção de Wassermann em 26-1-395: Conservou-se fortemente positiva; 3) Serie de 20 amps. de tarvan (Fevereiro a Maio de 1935). Reacção de Wassermann em 8-6-935: Manteve-se ainda fortemente positiva; 4) Serie de 20 amps. de neocardyl (buthylthiolaurato de bismutho) de Junho a Setembro de 1935. Reacção de Wassermann em 10-10-935: Negativa.

DR. OSCAR LUNA FREIRE, Chefe de Serviço da Fundação Gaffree-Guinle do Rio.

VIDA MEDICA PAULISTA

Necrologia



Dr. Lemos Monteiro

Dr. Lemos Monteiro. — Falleceu a 6 de novembro p.p., no Hospital de Isolamento, após 1 semana de grandes padecimentos, o dr. Lemos Monteiro, victima de uma infecção, que tambem ceifou a vida de seu auxiliar e amigo de 17 annos, Edison de Andrade Dias, infecção essa contrahida em laboratorio, no momento em que ambos preparavam grande partida de vaccina contra o typho exanthematico.

A 7 de novembro ao ser sepultado o corpo do dr. José Lemos Monteiro, na necropole da Consolação, falou á beira do tumulo o prof. A. C. Pacheco e Silva que pronunciou, em nome da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo e da Associação Paulista de Medicina, o seguinte discurso:

“Meu caro Lemos,

Que dizer, meu querido amigo e companheiro de tantos annos, diante do teu corpo inanimado, a ti que deste a tua vida para salvar a dos teus semelhantes? Revejo, num rapido panorama amnésico, todo o passado, os dias de juventude juntos vividos — no Anglo-Brasileiro, na Universidade, em Manguinhos e em Bello Horizonte.

Depois, o destino nos separou, cada qual attrahido para caminhos diversos, mas sempre presos por fraternal amizade, o que justifica ser a minha voz a que se ergue neste instante doloroso, em que choramos a tua morte, para falar em nome da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e da Associação Paulista de Medicina.

Character integerrimo, scientista por temperamento, desde os primeiros annos academicos manifestaste sempre pendor para o laboratorio. O estudo da vida dos seres infinitamente pequenos, que tão grandes males causam á humanidade, foi a tua preocupação maxima. Passaste por essa escola de sabios que é Manguinhos, disputando o primeiro posto. Vieste depois formar ao lado dos que cobrem de gloria a sciencia paulista do Butantan. Sentinella avançada dos servicos de saude publica, escolheste sempre os postos mais arriscados; onde era maior o perigo, onde havia o germe mais virulento, ahi te encontravas. Quando uma epidemia grave nos ameaçava eras sempre dos

primeiros a empenhar o teu saber a tua dedicação e o teu esforço no preparo de vaccinas e séros, buscando elementos de combate ao mal.

A tua vida transcorreu toda ella dividida entre o teu lar e o silencio dos laboratorios, na tua modestia de scientista, para o qual sequer o sacrificio maximo tem a repercussão da morte dos heroes.

Mas o teu nome está inscripto no Pantheon da sciencia, na lista daqueles que estoicamente tombaram pela humanidade, num desprendimento que só é dado aos predestinados. Teus filhos, mercê da orientação da tua esposa dedicada, que não te abandonou um só instante na tua dolorosa agonia, saberão honral-o.

A Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e a Associação Paulista de Medicina, das quaes eras um dos membros mais destacados, guardarão para sempre as contribuições valiosissimas que legaste á sciencia, não direi paulista, não direi brasileira, porque é esse um patrimonio commum a toda a humanidade.

Nós, os teus amigos e teus collegas, conservaremos perennemente a tua lembrança, revestida da maior saudade, e a tua gente saberá render á tua memoria as homenagens devidas áquelles que dão a sua vida, para que outros não sejam sacrificados, no mais puro e alevantado dos ideaes”.

Falou a seguir o sr. dr. Floriano de Almeida, vice-presidente da Sociedade de Biologia de S. Paulo.

“Abre-se hoje um novo tumulo para receber mais uma victima da Medicina experimental. Quiz a fatalidade que desta vez fosse um dos nossos o escolhido e, certamente, o melhor de todos. O desaparecimento subito e brutal de Lemos Monteiro, alem de deixar em nossos corações um grande vacuo, vem abrir nas já rarefeitas fileiras dos scientistas de escol, uma brecha difficilmente reparavel. E’ mais um heroe da Sciencia que tomba, na luta silenciosa entre os pesquisadores e a Morte.

Preparando armas para enfrentar e combater o implacavel typho exanthematico de S. Paulo e arrancar suas indefesas victimas das garras duncas da Morte, Lemos Monteiro

e seu incansavel auxilliar, Edison Dias, foram traiçoira e cruelmente colhidos pelo seu mortal virus. Cerca-va-se Lemos Monteiro de todas as precauções que sua longa experiencia ensinara, e quando já proximo lhe sorria a victoria, vê mallograda a sua e nossa esperança.

Pesquisador infatigavel e emerito, de ha muito vinha seu prestigio correndo mundo. Por suasmeticulosas e bem conduzidas pesquisas grangeara fama e respeito e entre os mestres tornara-se um mestre. No intrincado e obscuro campo da Virulogia, Lemos Monteiro constituia para o paiz uma gloria e era no mundo scientifico estrellafulgurante.

Pelo seu desaparecimento o proprio ceu se enlutou e chorou. Choremos tambem seu afastamento de nosso convivio, e momentaneamente curvemos a cabeça diante dos insondaveis enigmas do destino.

Seja, porém, rapido esse nosso desfalecimento e procurando seguir as pegadas do companheiro que tombou, caminhemos firmemente para a frente, imaginando sempre, ter como nosso guia o espirito clarividente do amigo perdido.

Encarnando a Sociedade de Biologia de S. Paulo, e não refeito do abalo soffrido, faltam-me, na hora angustiosa que passamos, expressões precisas para traduzir o quanto é profunda sua magua pelo desaparecimento de seu inesquecivel presidente.

Seu corpo breve deixará de existir, mas seu nome jamais se apagará da Sciencia onde seus feitos permancerão como marcos aureos assignalando diferentes trechos de sua vida.

Profundamente golpeada pela perda soffrida a Soc. de Biologia vem trazer ao seu pranteado presidente o seu derradeiro adeus".

O dr. Flavio da Fonseca, assistente do Instituto Butantan, fez, em nome desse estabelecimento scientifico, a seguinte oração :

"Lemos.

A directoria e os teus companheiros do Butantan, oh melhor, a tua familia adoptiva, pois de familia, e bem unida, é o ambiente que tanto contribuiu para formar em nosso Instituto, mandam-me dizer do de-

solamento com que te vêm partir, abandonando tão cedo a nossa companhia.

Lemos.

Não nos podemos conformar com a tuperda. E' muito bello, é invejavel mesmo, partir como o fizeste, no apogeu, quando eras mais bemquisto e admirado ; mas é muito doloroso para os que ficam, privarem-se do companheiro querido, cuja grandeza de alma e estatura moral só agora, quando tombado, podem ser medidas em toda a extensão.

Escolheste o momento glorioso ; o que te equiparou a vultos por que chora ainda a sciencia mundial ; partes, como o fizeram Ricketts e Pro-wazek, colhidos tambem pelo typhus que pesquisavam ; como Lazear, tombado em estudo do mal amarellico ; como Dutton, tambem victimado em experiencias com o ixodida traçoireiro. Brilhas hoje como 'astro de grandeza igual nesta constellação de offerecidos em holocausto á Sciencia ; mas isto não nos consola do teu desaparecimento.

Lemos,

O exemplo que nos deixas é dos que não se esquecem ; déstes os primeiros impulsos ao estudo do mal, até então quasi desconhecido, que te victimou ; encaraste-o sob seus variados aspectos, em estudo pertinaz de cinco annos ; estudaste-lhe a etiologia, descreveste o agente, observastemeticulosamente a infecção experimental ; marcaste-lhe o logar definitivo no eschema nosologico ; pesquisaste a transmissão natural, a experimental e os depositarios do virus ; estudaste o comportamento desse virus no arthropodo transmissor e finalmente, como complemento logico, coroaeste a obra estudando os meios de debellar a infecção e de evital-a.

Infatigavel, não poupaste esforços ; animoso, nunca mediste riscos ; destemido, desprezaste o perigo, mesmo o maior, sempre que dahi pudesse advir uma nova acquisição scientifica ; debruçaste, eu o testemunho, em leitoss ainda quentes, no afan de procurar o agente, então desconhecido, da transmissão, que muito bem te poderia nesse momento accommetter. Quiz, no entanto, a fatalidade que succumbisses

quando ias attingir o fim. Levaste a nau ao porto, mas não te foi dado pôr pé em terra. Correste toda a gamma de perigos e succumbiste no ultimo. Sem um momento de vacillação arriscaste mil vezes a vida para conseguir a prevenção do mal e o conseguiste; a technica do preparo da vaccina contra o typho exanthematico de S. Paulo está fixada. Que este successo poderia custar-te a vida, tu o sabias melhor do que qualquer; o que te importava, porém, eram as vidas que salvavas sacrificando a tua.

Eu sei, Lemos, que não me ouvirias satisfeito se não lembrasse agora que, anonymo e modesto, ha 17 annos, com fidelidade, dedicação e interesse insuperaveis, te acompanhou em todos os passos da tua carreira de homem de laboratorio e, com igual desprendimento conhecedor que era do perigo que corria, foi victima da sua dedicação: Edison Dias, o teu auxiliar-technico.

Quiz o destino inelmente que companheiros de tantos riscos na vida de laboratorio fossem companheiros no fim absolutamente identico que tiveram. Edison era bem o espelho do que são os bons auxiliares de laboratorio entre nós: tão interessado nos resultados das pesquisas quanto desinteressado dos proventos e glorias, que só lhes cabem por excepção dolorosa como esta.

Lemos.

Os teus companheiros mandam-me dizer que estarás sempre presente em nosso Instituto: que jamais teu nome deixará de ser convocado nos momentos de rebate e perigo; haverá sempre quem responda por ti; que a flammula, que empunhas com tanto garbo, continuará soerguida; mas te pedem que da altura em que pairas, illuminada a tua alma pela unção extrema, rogues a Deus para que lhes inculca o animo, o valor, a intuição e os dons de pesquisador que te sobravam, para beneficio da humanidade e honra maior do Instituto que tanto amavas, pois a lei do scienista é tambem militar: tomba o soldado, mas não cêe a bandeira".

Ainda falou, em improviso, o dr. Costa Filho, em nome dos collegas do Serviço de febre amarella.

..

Com a perda de Lemos Monteiro e seu auxiliar Edison Dias são mais duas victimas gloriosas a compartilhar a sorte do prof. Stanislaw von Prowazek, Arthur William Bacat, Francis William Cragg e outros scienistas de renome mundial, mortos no decurso de investigações relacionadas com os virus das varias modalidades de typho exanthematico.

Relativamente ao passamento daquelle chefe de serviço do Instituto Butantan e de seu ajudante, circularam varias noticias inverdicas e que devem ser desmentidas de modo formal. E' desta ordem a supposta fuga de carrapatos infectados, em virtude de se ter deixado sem resguardo um vidro contendo numerosos ixodideos. Não tem fundamento, do mesmo modo, a propalada noticia da infecção ter sido consequente á picada de carrapatos vindos da Alemanha. Igualmente inverifica é a affirmativa de terem sido encontrados carrapatos em um daquelles dois homens do laboratorio.

O accidente que victimou o dr. Lemos Monteiro e o seu ajudante só encontra explicação plausivel numa infecção adquirida durante o preparo de uma partida de vaccina anti-typho-exanthematica. Esta vaccina é preparada com o corpo de carrapatos alimentados em cobaia artificialmente infectadas. Os carrapatos, depois de alimentados, são submettidos a rigorosa trituração para, em seguida, ser suspensos em liquido isotónico addicionado de substancia antiseptica adequada. Com este tratamento as "Rickettsias" que se multiplicaram no organismo dos carrapatos perdem a vitalidade, guardando as suas propriedades antigenicas, isto é, a qualidade de immunisar o individuo no qual se injecta a vaccina.

Em 19 de Outubro trabalharam os dois technicos no preparo de uma partida de vaccina. Não participaram desse serviço outros dois funcionarios do laboratorio, que todavia têm encargos no serviço de virulogia. Em 24 de outubro cêe doente Edison Dias e em 31 o dr. Lemos Monteiro, nada tendo soffrido os demais funcionarios do departamento de virus. Considerando essas circumstancias é perfeitamente verosimil a possibi-

lidade da infecção se ter verificado em condições imperceptíveis, na phase da trituração dos carrapatos. Sendo esses arthropodes portadores de varias amostras virulentissimas de "*Rickettsia brasiliensis*", basteria uma goticula minima de material para acarretar uma infecção humana (o virus do cobaia é activo mesmo á diluição de 1 para 10.000). Esse pormenor, alliado ao facto de a molestia se ter declarado dentro de um prazo que é o normal da incubação da doença, faz crêr na aquisição do processo infeccioso nas condições acima citadas. E' de notar, como facto corroborante, o estado hygido perfeito dos outros technicos do laboratorio, que não collaboraram na occasião no preparo da vaccina, e dos demais funcionarios do Instituto, que labutam no pavilhão onde se localisa a secção de virus.

Ha cinco annos vinha o dr. Lemos Monteiro, sempre auxiliado por Edison Dias, preoccupando-se com o problema do typho exanthematico. Foi elle o descobridor da "*Rickettsia brasiliensis*", foi um dos maiores contribuintes na aquisição de conhecimentos relativos á biologia do virus, sobretudo a transmissão da doença pelo carrapato do cavallo (*Amblyomma cajenensis*): ao dr. Lemos Monteiro se deve ainda o estudo experimental completo da "*Rickettsia brasiliensis*" nas infecções experimentaes dos animaes de laboratorio. Por seus innumerous trabalhos sobre febre amarella, vaccina, bacteriophago, peste bovina, etc., era esse cientista considerado uma das maiores autoridades mundiaes em virulogia. Alliava as qualidades de tecnico perfeito ás do pesquisador por indole natural. Realizando pesquisas scientificas ha cerca de 20 annos, era digna de encomios a perfeição technica do dr. Lemos, do mesmo modo que era proverbial o seu cuidado nos minimos pormenores do trabalho.

Essas qualidades não o puzeram, entretanto, a salvo de uma infecção accidental, aliás não rara entre os que trabalham nesse genero de pesquisa. Não tornando a citar as personalidades acima referidas, que morreram victimas de semelhante infecção accidental, é opportuno lembrar

que o professor Rocha Lima e o professor Emil Brumpt, que em tempos professou na nossa Faculdade de Medicina, soffreram igualmente o typho exanthematico, tendo, porem, resistido á molestia. Victimias de accidentes dessa natureza, morreram Jesse M. Lazear, Walter Myers, Joseph Dutton, Fritz Schaudinn, James Carroll, Adrien Stokes, Hideyo Noguchi, William Young, e tantos outros pesquisadores — verdadeiros martyres sacrificados por seu amor á humanidade.

O dr. José Lemos Monteiro da Silva, nascido em 24 de outubro de 1893, era natural de Juiz de Fora, Estado de Minas Geraes, Brasil. Realizou os seus primeiros estudos na Faculdade de Medicina de S. Paulo e diplomou-se pela Escola de Medicina de Bello Horizonte em 1918. Dedicando-se com extraordinario carinho ás pesquisas scientificas, cursou o Instituto Oswaldo Cruz de 1917-1918. Em 1919 prestou concurso e conquistou o logar de assistente do Instituto Butantan, instituição onde se deveria desenvolver toda a sua vida de cientista e ao qual deveria dar todo o seu melhor esforço de pesquisador, mesmo a propria vida. Exercendo actualmente o cargo de assistente-chefe da Secção de Virus e Virustherapia daquella instituição, o dr. Lemos Monteiro era presidente da Sociedade de Biologia de S. Paulo (filial da Sociedade Internacional de Biologia), membro titular da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo e da Associação Paulista de Medicina, membro correspondente da Sociedade de Pathologia Exotica de Paris e socio de muitas outras aggremações scientificas nacionaes e estrangeiras, tendo representado o Instituto Butantan em varios congressos scientificos.

De sua longa lista de trabalhos publicados constam os seguintes:

1. O methodo da pyocultura de Delbet e seu valor pratico. These de Doutoramento (Bello Horizonte, 1918)
2. Do tecido lymphoide como elemento phylactico do organismo. Sua excitação experimental pelo methodo do calor secco. (Com. á Soc. Med. e Cir. S. Paulo, 1920); in Collectanea

de Trabalhos, Butantan II: 61. 1918-24.

3. Contribuição ao estudo da peste bovina. (Nota previa. Com. á Soc. Med. e Cir. S. Paulo, maio 1921); in *Collectanea Trabalhos, Butantan II*: 107. 1918-24.

4. Preparo de toxoides tetanicos pelo methodo da formalina. (Com. á Soc. Med. Cir. S. Paulo, 1921); in *Annaes Paul. Med. Cir. S. Paulo XII* (1). 1921; *Collectanea Trabalhos, Butantan II*: 91. 1918-24.

5. Sobre o phenomeno de Twort-d'Herelle. Presença do principio lytico nas culturas, em meio solido, de *Bacillus anthracis*, *B. pestis* e *B. dys. Shiga* Kruse in *Brasil Medico XXVI* (23): 297. 1922; *Collectanea Trabalhos, Butantan II*: 191. 1918-24.

6. Sobre o phenomeno de Twort-d'Herelle. Acção bacteriolitica e acção bacteriophagica. (Com. á Soc. Med. Cir. S. Paulo, julho 1922); in *Collectanea Trabalhos, Butantan II*: 205. 1918-24.

7. Bacterias pathogenas encontradas na Rinder-pest (em collaboração com J. B. Arantes) in *Brasil Medico XXXVII* (8): 93. 1923; *Collectanea Trabalhos, Butantan II*: 250. 1918-24.

8. Immunização anti-tetanica pelo methodo toxoide-toxina in *Annaes Paul. Med. e Cir. XVI* (7). 1925; *Mem. Inst. Butantan II*: 85. 1925.

9. Sobre as differentes phases da autolysis do *Bacillus anthracis* in *Mem. Inst. Butantan II*: 95. 1925.

10. O phenomeno de Twort-d'Herelle. Sua importancia e consequencias scientificas. Presença do bacteriophago nas aguas dos rios de S. Paulo in *Bol. Soc. Med. Cir. de S. Paulo IX* (1, 2, 3): 245. 1926; *Ann. Paul. Med. Cir. XVII* (3, 4). 1926; *Mem. Inst. Butantan III*: 187. 1926.

11. Presence du bacteriophage dans l'eau des rivières de S. Paulo in *Mem. Inst. Butantan III*: 187. 1926.

12. Sensibilidade e immunidade á diphtheria. Schick-test e Kellogg-test in *Mem. Inst. Butantan III*: 137. 1926; *Rev. Biol. e Hyg. de S. Paulo I* (1): 101. 1927.

13. Anatoxina diphtherica e seu valor pratico. Preparo, poder anti-

genico, emprego na produção de antitoxina e na prophylaxia da diphtheria in *Mem. Inst. Butantan III*: 96. 1926.

14. Sobre as mutações microbiana, mutações do bac. dys. typ. Flexner e influencia do bacteriophago. (Com. á Soc. Biol. S. Paulo, 1927).

15. Nota sobre o emprego do verde brilhante no preparo da vaccina jennneriana in *Rev. Biol. e Hyg. de S. Paulo I* (II): 123. 1927.

16. Experiencia sobre filtrabilidade do virus vaccinico (V Congr. Brasil. de Hygiene, Recife, outubro de 1929).

17. Nota sobre a vaccina de 2 dias (em collaboração com R. Godinho). (V Congr. Brasil. de Hygiene, Recife, outubro de 1929).

18. Notas e observações sobre a febre amarella experimental. (IV Conferencia Microb. Path. Rio, julho de 1929); in *Arch. de Hygiene III* (II): 141. 1929.

19. Sobre o phenomeno d'Herelle. O bacteriophago no intestino dos vitellos normaes e vaccinados. (IV Conferencia Microb. Path. Rio, Vol. I, julho 1929); in *Mem. Inst. Butantan V*: 29. 1930.

20. Sobre o phenomeno d'Herelle. O bacteriophago nas polpas vaccinicas glicerinadas e considerações sobre a natureza do phenomeno. (IV Conferencia Microb. Path. Rio, Bol. I, julho 1929); in *Mem. Inst. Butantan V*: 25. 1930.

21. Contribuição ao estudo da flora microbiana na febre amarella e suas relações immunologicas com a infecção humana e experimental. (IV Conferencia Microb. Path., Rio, julho 1929); in *Arch. Hygiene III* (II): 197. 1929.

22. Sobre a transmissão do virus da febre amarella pelas fezes de persegues infectados, in *Brasil Medico XLIII* (35). 1929.

23. A febre amarella á luz das modernas aquisições experimentaes in *Brasil Medico XLIII* (22). 1930.

24. Estudos sobre a febre amarella. Modernos conhecimentos sobre a infecção experimental (Monographia) in *Mem. Inst. Butantan V*: 49. 1930; resumo in *Brasil Medico XLV* (12): 288. 1932.

25. Sobrevivencia do virus amarillico no organismo de certos ani-

maes domesticos (VI. Reun. Soc. Path. Reg. Norte, Argentina, 1930); in Brasil Medico XLIV (39): 1087. 1930; Arch. Soc. Biol. Montevideo, Sup... 6: 1681. 1931.

25. Virus amarillico neurotropico. (VI Reun. Soc. Path. Reg. Norte, Argentina, 1930); Arch. Soc. Biol. Montevideo, Supl. (6): 1731. 1931.

27. Sobre a possibilidade de um diagnostico bacteriologico da febre amarella, in Brasil Medico XLIII (19): 514. 1929.

28. Diagnostico sorologico da febre amarella. Sobre a reacção de fixação do complemento, seus resultados e valor pratico (1.ª e 2.ª notas) (em collaboração com J. Travassos). VI Reun. Soc. Path. Reg. Norte, Argentina, 1930; Arch. Soc. Biol. Montevideo, Supl. (6): 1763. 1931; Brasil Medico XLIV (17): 313. 1930; Mem. Inst. Butantan V: 171. 1930; C. R. Soc. Biologie CIV (21): 697. 1930.

29. Nouvelle technique pour la preparation du vaccin contre la fièvre jaune in C. R. Soc. Biologie CIV (21): 695. 1930.

30. Recherches de microorganismes dans le sang de "Macacus rhesus" infectés avec le virus amarile in C. R. Soc. Biologie CIV (21): 701. 1930.

31. Contribuição ao estudo do BCG e seu emprego na prophylaxia da tuberculose (Congr. Biol. Montevideo, 1930, outubro); Soc. Bio.. Montevideo (6); 1469. 1931; Apres. Soc. Paul. de Hygiene.

32. Do preparo da lymphá vaccínica in Mem. Inst. Butantan V: 3. 1930 (em collaboração com R. Godinho).

33. Sobre o emprego do virus vaccínico, puro, filtrado, na prophylaxia da variola (em collaboração com R. Godinho). VI Reun. Soc. Path. Reg. Norte, Argentina, 1930.

34. Presence de Rickettsias dans les cellules endotheliales de la membrane de Descemet chez des animaux inoculés dans la chambre antérieure de l'oeil avec le virus du typhus endémique de S. Paulo in C. R. Soc. Biologie CVII (23): 1161. 1931; Brasil Medico XLV (21). 1931.

35. Sur la presence de "Rickettsia brasiliensis" n. sp. dans les cellules

endotheliales de la paroi-péritonéale, chez les cobayes inoculés dans le péritoine avec le virus du typhus endémique de S. Paulo in C. R. Soc. Biologie CVIII (30): 521. 1931; Brasil Medico XLV (35). 1931.

36. Typho exanthematico de S. Paulo. I. Formas do typho na America e uma nova infecção observada em S. Paulo in Brasil Medico XLV (47): 1096. 1931; 2.º Congr. Int. Path. Comp., Paris, 1931.

37. Typho exanthematico de S. Paulo. II Comportamento experimental do virus in Brasil Medico XLV (48): 1109. 1931; 2.º Congr. Internat. Path. Comp., Paris, 1931.

38. Typho exanthematico de S. Paulo. III. Comportamento experimental do virus em certos simios ("Macacus, Cebus, Alouatta") in Brasil Medico XLV (49): 1140. 1931; 2.º Congr. Internat. Path. Comp., Paris, 1931.

39. Typho exanthematico de S. Paulo. IV. Infecção experimental por inoculação do virus na camara anterior do olho in Brasil Medico XLV (50): 1163. 1931; 2.º Congr. Internat. Path. Comp., Paris, 1931.

40. Typho exanthematico de S. Paulo. V. Algumas propriedades do virus: filtrabilidade, resistencia á acção da glicerina, ao dessecamento e á congelação in Brasil Medico XLV (51): 1188. 1931; 2.º Congr. Internat. Path. Comp., Paris, 1931.

41. Estudos sobre o typho exanthematico de S. Paulo (Monographia). 1.ª Parte; Comportamento experimental e propriedades do virus; 2.ª Parte: A. "Rickettsia brasiliensis" e suas relações com a infecção in Mem. Inst. Butantan VI. 1931; Bull. Inst. Pasteur XXXII (23). 1934.

42. Modernas technicas de preparo da antitoxina tetânica. a) Immunização de cavallos por meio de toxina adicionada de alumem de potassio in Mem. Inst. Butantan VI. 1931 (em collaboração com F. da Fonseca).

43. Modernas technicas de preparo da antitoxina tetânica. b) Augmento do poder antitoxico do plasma de animais submettidos a repouso de 1 mês no inicio da immunização in

Mem. Inst. Butantan VI. 1931 (em colaboração com F. da Fonseca).

44. Pesquisas epidemiológicas sobre o typho exanthematico de S. Paulo. VI. Possibilidade da transmissão experimental do virus por "Ixodidae" in Mem. Inst. Butantan VI: 137. 1931; Brasil Medico XLIV (3): 49. 1932 (em colaboração com F. da Fonseca e A. Prado); Bull. Inst. Pasteur XXXII (23). 1934.

45. Pesquisas epidemiológicas sobre o typho exanthematico de S. Paulo. VII. Pesquisa do virus em alguns arthropodos sob condições naturais in Mem. Inst. Butantan VI: 147. 1931; Brasil Medico XLIV (8): 169. 1932 (em colaboração com F. da Fonseca e A. Prado).

46. Pesquisa epidemiológicas sobre o typho exanthematico de S. Paulo. VIII. Os ratos como possíveis depositarios do virus na natureza in Mem. Inst. Butantan VI: 154. 1931; Brasil Medico XLIV (9): 193. 1932 (em colaboração com F. da Fonseca e A. Prado).

47. O bacillo de Friedmann e suas relações com a infecção tuberculosa experimental in Brasil Medico XLV (41). 1931 (em colaboração com J. Travassos).

48. Typho exanthematico de S. Paulo. IX. "Rickettsioses" e seu conceito pluralista. Sur les Rickettsioses" in C. R. Soc. Biologie CX (24): 858. 1932; Brasil Medico XLVI (16): 360. 1932.

49. Typho exanthematico de S. Paulo. X. A "Rickettsia brasiliensis" e suas relações etiológicas com a infecção in Brasil Medico XLVI (17): 385. 1932.

50. Typho exanthematico de S. Paulo. XI. Novas experiencias sobre a transmissão experimental por carapatos ("Boophilus microplus" e "Amblyomma cajennense") in C. R. Soc. Biologie CXII (4): 397. 1933; Brasil Medico XLVI (48): 993. 1932; Mem. Inst. Butantan VII: 35. 1932 (em colaboração com F. da Fonseca).

51. Typho exanthematico de S. Paulo. XII. Sobre um virus isolado de ratos da zona urbana da cidade e suas relações com o do typho exanthematico de S. Paulo in Brasil Medico XLVI (50): 1029. 1932; Mem. Inst. Butantan VII: 41.

1932; Bull. Inst. Pasteur XXXII (23). 1934 (em colaboração com F. da Fonseca).

52. Sobre o emprego do soro vaccínico no tratamento da coqueluche in Medicina Practica I (2). 1932; Mem. Inst. Butantan VII. 1932 (em colaboração com R. Godinho).

53. Estudos experimentaes sobre o bacillo de Friedmann in Mem. Inst. Butantan VII. 1932 (em colaboração com J. Travassos).

54. Sobre a duração da actividade do antígeno para a reacção de fixação do complemento na febre amarela in Brasil Medico XLVI (27). 1932; Mem. Inst. Butantan VII. 1932.

55. The complement fixation reaction in the recognition of foci and the retrospective diagnosis of yellow fever. (Apres. ao 4.º Congr. Ass. Med. Panamericana, março, 1933; Comm. Soc. Med. Cir. S. Paulo 1/IV/34; (em português) in Mem. Inst. Butantan VIII. 1933-34.

56. Sobre possíveis vehiculadores do virus amarelo (a proposito de um trabalho de H. Kumm e M. Frobischer) in Brasil Medico XLVII (16): 257. 1933.

57. A proposito de novos focos de febre amarela na America do Sul (rectificação) in Brasil Medico XLVII (6): 106. 1933.

58. Typho exanthematico de S. Paulo. XIII. Ensaio de classificação das Rickettsioses á luz dos nossos actuaes conhecimentos in Mem. Inst. Butantan VII: 345. 1933 (em colaboração com A. do Amaral); Bull. Inst. Pasteur XXXII (23). 1934.

59. Typho exanthematico de S. Paulo. XIV. O typho exanthematico de S. Paulo e suas relações com a febre maculosa das Montanhas Rochosas, á luz das provas de immuni-dade cruzada in Brasil Medico XLVII (25): 437. 1933; Bol. Soc. Med. Cir. S. Paulo XVII (1, 2, 3): 55. 1933; Mem. Inst. Butantan VIII: 207. 1933-34; Bull. Inst. Pasteur XXXII (23). 1934; C. R. Soc. Biologie CXIV (30): 374. 1933.

60. Typho exanthematico de S. Paulo. XV. A propos de la "Rickettsia mooseri" in C. R. Soc. Biologie CXV (12): 1358. 1934.

61. Typho exanthematico de S. Paulo. XVI. E'tude comparative en-

tre le "typhus exanthematico de S. Paulo" (Rickettsiose neotropical) et le "typhus exanthematico" d'autres lieux, basée sur l'épreuve de protection par le sérum des convalescents in C. R. Soc. Biologie CXV (12): 1360. 1934; Bull. Inst. Pasteur XXXII (23): 1934.

62. XVII. E'tude comparative entre le "typhus exanthematico de S. Paulo" (Rickettsiose neotropical) et le typhus exanthematico de Chili (Rickettsiose epidémique) par l'épreuve de protection avec les sérums de convalescents in C. R. Soc. Biologie CXVI (26): 1131. 1934; Bull. Inst. Pasteur XXXII (23). 1934.

63. XVIII. Sobre a criação no laboratório e em longa escala, de *Ixodides* infectados com "virus" de certas febres exanthematicas (Comm. à Soc. Biol. S. Paulo 8/IX/934; resumo in Rev. Biol. e Hyg. V (2). 1934; Brasil Medico XLVIII (43): 902. 1934.

64. Histoire naturelle et classification des Rickettsioses. Position systématique du "typhus exanthematico de S. Paulo" in Revue Sud-Américaine de Med. et de Chir. IV (11): 681. 1933 (em colaboração com A. do Amaral); Bull. Inst. Pasteur XXXII (23). 1934.

65. XIX. Vacina contra o "typho exanthematico de S. Paulo". Novas correlações entre esta infecção e a febre maculosa das Montanhas Rochosas in Mem. Inst. Butantan VIII: 9. 1933-34; Brasil Medico XLIX (5): 116. 1935.

66. XX. Comportamento experimental do virus do "typho exanthematico" de S. Paulo após passagem pelo carrapato ("Amblyomma cajennense") in Mem. Inst. Butantan VIII: 21. 1933-34.

67. XXI. Comportamento experimental do coelho aos virus do "typho exanthematico de S. Paulo" e da febre maculosa das Montanhas Rochosas in Mem. Inst. Butantan VIII: 39. 1933-34.

68. XXII. Localização da "Rickettsia brasiliensis" nas células dos divertículos intestinaes do "Amblyomma cajennense" in Mem. Inst.

Butantan VIII: 47. 1933-34 (em colaboração com F. da Fonseca).

69. XXIII. Contribuição ao estudo da reacção de Weil-Felix na infecção experimental pelos virus do "typho exanthematico de S. Paulo" e febre maculosa das Montanhas Rochosas in Mem. Inst. Butantan VIII. 1933-34 (em colaboração com J. Travassos).

70. XXIV. Resultado da reacção de Weil-Felix na reestimulação antigenica cruzada entre os virus das Rickettsioses nevarctica e neotropica. Com. Soc. Biol. S. Paulo 29/XI/934 (em colaboração com J. Travassos).

71. XXV. Resultado da prova de protecção com soro, proveniente da Bolivia, de um caso de "febre petechial", relativamente ao virus do "typho exanthematico de S. Paulo". Com. Soc. Biol. S. Paulo 29/XI/34.

72. Contribuição ao estudo das relações immunologicas entre o "Typho exanthematico" de S. Paulo e demais febres exanthematicas que occorrem na America do Sul in Mem. Inst. Butantan VIII: 195. 1934; Rev. Biol. Hyg. V (2). 1934.

73. XXVI. Tentativas de transmissão experimental do "Typho exanthematico" de S. Paulo por perceijos ("Cimex lectularius"). Comm. Soc. Biol. S. Paulo 8/XII/934; Mem. Inst. Butantan IX: 3. 1935.

74. Sobre os virus da febre maculosa das Montanhas Rochosas e do "Typho exanthematico de S. Paulo". Comm. Soc. Biol. S. Paulo 8/IV/1935.

75. O problema do "Typho exanthematico de S. Paulo" (Rickettsiose neotropica). Bases para uma prophylaxia racional e pratica. Vacinação preventiva. (Relator do thema) no VI Congr. da Ass. Med. Panamericana, Rio, julho 1935: "The problems of the S. Paulo spotted fever (neotropic rickettsioses). Its rational and practical prophylaxis and preventive vaccination.

76. A vacinação preventiva como base da prophylaxia do "Typho exanthematico de S. Paulo" (Rickettsiose neotropica). Comm. à IX Reun. Soc. Arg. Path. Reg. del Norte, Mendoza, 1, 2 e 3 Outubro, 1935.

Faculdade de Medicina

Collação de grau. — Realizou-se no dia 7 de dezembro ultimo, no amphitheatro da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, a cerimonia de collação de grau da turma de doutorandos de 1935.

Presidiu os trabalhos o prof. Cantídio de Moura Campos, secretario da Educação. Tomaram, tambem, assento á mesa os profs. Aguiar Pupo, director da Faculdade de Medicina: Celestino Bourroul, paronympho aos doutorandos; e drs. Synesio Rangel Pestana e Domingos Goulart de Faria.

Ao iniciar-se a cerimonia, tiveram lugar a collação de grau e juramento dos novos medicos.

A seguir o orador da turma, sr. Diderot Pompeu de Toledo pronunciou brilhante oração.

Ha seis annos — disse, logo de inicio — elle e seus collegas viviam a suspirar por aquelle momento.

E já é necessario dispersar as novas da memoria para lembrarmos esses primeiros dias, que já se perdem na noite do tempo.

E, proseguindo, accentuou que, na verdade, foram muitas as canseiras e incontaveis os sacrificios que precederam aquelle instante em que as illusões e os sonhos floresciaem em doce realidade.

Salientou, depois: "Em seis annos tivemos que fazer uma synthese da Medicina, da Medicina accumulada em varios séculos. Mas nos orientámos dentro dos seus processos verdadeiros, accetámos os postulados certos dos antigos e admittimos os conhecimentos modernos, comprovados pela experimentação ou demonstrados por leis".

Alludiu a que, eminentemente praticos e realistas, accetavam os hia-tos da sciencia medica.

"Accetamos que algumas sombras ainda venham se desenharem na já extensa claridade da nossa sciencia, da nossa arte medica. Mas não cruzaremos os braços. Estudando, haveremos de esperar, mas cheios de fé".

Dirigindo-se, a seguir, aos componentes da congregação, disse o orador: "Foi na vossa contemplação e no mourejar diuturno nos amplos salões de nossa Santa Casa, que aprendemos a amar o proximo e a compreender a dôr e a procurar o remedio para minoral-a ou sanal-a. Foi na contemplação da dôr que aprendemos que a caridade é o que de facto mais nos approxima de Deus. E é por isso que é grandiosa e divinamente bella a nossa profissão. Foi convosco que aprendemos a julgar com razão, e a aproveitarmos de nossos sentidos aquillo que elles nos pôdem dar".

Finalmente, concluindo seu discurso, dirigiu-se o sr. Diderot Pompeu de Toledo, aos seus collegas:

"Vamos dispersar. Vae se desfazer esse doce convívio de longos e longos annos. E a nossa separação está proxima. Este, parte para Goyas; aquelle, para Minas, est'outro, para o interior. E em cada um de nossos corações soluça uma tristeza e os olhos sentem uma magua, uma melancolia profunda. Não faz mal, collegas!, E' a vida!...

Terminada a oração do doutorando Diderot Pompeu de Toledo, usou da palavra, o prof. Celestino Bourroul, paronympho da turma de doutorandos deste anno.

Inicialmente, frizou s.s. que era profundamente sensibilizado que agradecia a distincção que lhe fora dispensada pela turma de 1935, ao acolhel-o para seu paronympho.

A seguir, accentuou que um dos grandes problemas que se apresenta aos jovens medicos, que ao deixar a Faculdade, ingressam na vida pratica, é justamente, o de pre-estabelecer as directrizes a seguir.

A praxe lhe impunha que, como paronympho da turma, procurasse esclarecer aos seus paronymphados um pouco das sendas, nem sempre rectas e planas, da realidade das coisas.

E encareceu, então, a importancia de todos os estudos e de todas as

observações e sua organização systemática e racional. E' nesse particular, os ficharios constituem auxiliar de grande valia para o profissional.

Referiu-se, depois, ás responsabilidades e aos deveres do medico, diante do enfermo. A Medicina, como a Historia, não apresenta dois casos iguaes. Eis por que o medico deve ser escrupuloso, attento, no desempenho de sua missão.

Não importa, ao medico, que a fama e a gloria lhe apontem o nome e entretencam uma aureola em torno de sua pessoa. Elle deve ter sempre o objectivo de ser um trabalhador tenaz paciente o decidido da grande causa.

E não basta ser perito. E' preciso, principalmente, ser honesto. Mas, qual a moral a seguir? Ah!, justamente, apparece a figura de Jesus, como fonte bemfazeja de impulsões moraes, a mostrar, mesmo aos incredulos, o caminho recto e seguro do bem e da bondade. E a Medicina é como a Religião, o bem e a bondade

Na instabilidade da vida, o medico deve procurar um ponto fixo, num ideal luminoso como um sol, que o acalente e o aqueça, quando o frio da ingratidão torturar-lhe a alma e o coração.

E concluindo, disse o prof. Celestino Bourroul que suas supplicas eram para que Deus abençoasse os seus paranympados, para que possam exercer a Medicina, com bondade, com caridade, com coração.

A seguir, o prof. Aguiar Pupo, director da Faculdade de Medicina, encerrando a solennidade, agradeceu a presença do prof. Cantidio de Moura Campos, titular da pasta de Educação e o comparecimento de quantos ali se achavam.

São os seguintes os medicos que collaram grau: drs. Abdias Ferreira Filho, Aldo Bruno de Finis, Aloysio de Mattos Pimenta, Aluizio Camará Silveira, Antenor Consoni, Antonio James Brandi, Augusto A. da Motta Pacheco, Caio de Moura Rangel, Cazem Chaddad, Decio Pacheco Pedroso, Diderot Pompeu de Toledo, Dilurdina Rodrigues, Edgard de Souza, Eduardo Mossi, Euclydes

de Jesus, Zerbini, Fernando Bomfim Pontes, Francisco Xavier Pinto Lima, Gersoi Novah, Henrique Soria Jaso, João Marques de Castro, João Pereira Bicudo, João Yazbeck Zaidan, José de Castro, José Eugenio de Rezende Barbosa, José M. Moretzsohn de Castro, José Sayeg, José Verlangieri, Lindoro Credidio, Luiz Venere Decourt, Mario Fangani Mario Ramos Nogueira, Moacyr Porto, Nascippe Calixto, Nelson Macchiaverni, Nelson de Toledo Piza, Ney Pentead de Castro, Nicolau de Moraes Barros Filho, Olavo Pazzanese, Paulo de Camargo, Paulo Minervini, Paulo Pederneiras Vampre, Paulo de Tarso de Barros Monteiro, Pedro Affonso Grimaldi, Reynaldo Chiaverini, Ruy de Azevedo Marques, Rubens Malta de Souza Campos, Tito Ribeiro de Almeida e Zwinglio M. Themudo Lessa.

Posse do prof. Alipio Correa Netto. — Effectuou-se no dia 10 de dezembro p.p., no amphitheatro da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo, a solennidade da posse do dr. Alipio Correa Netto, recentemente nomeado, após brilhante concurso, para a cadeira de Clinica Cirurgica daquelle estabelecimento de ensino superior:

A' solennidade, que teve inicio ás 13 horas e meia, compareceu numerosa assistencia, da qual se destacavam todo o corpo docente da Faculdade de Medicina, medicos, estudantes e familias de nossa sociedade.

Tomaram assento á mesa, que foi presidida pelo professor Aguiar Pupo, director da Faculdade, os professores Flaminio Favero, o secretario da Faculdade, dr. Domingos Faria, e o representante do secretario da Educação. Abrindo a sessão, o professor Aguiar Pupo convidou os prof. Moraes Barros e Franklin de Moura Campos para introduzirem no recinto o novo cathedratice, que foi recebido sob longas palmas. O dr. Alipio Correa Netto tomou tambem assento á mesa ao lado do director da Faculdade.

A seguir, o dr. Domingos Faria procedeu á leitura do decreto de nomeação do novo professor, tendo este em seguida, lançado sua assignatura

no livro de actas de posse, após ter pronunciado o juramento.

O professor Aguiar Pupo dá, então, a palavra ao professor Flaminio Favero, para saudar, em nome da congregação da Faculdade de Medicina, o professor Alipio Corrêa Netto. Foi o seguinte, o seu discurso :

"Professor Alipio. — O sr. director, com a bondade que o caracteriza, concedeu-me o privilegio de falar nesta cerimonia, para dar-vos as boas vindas e a dextra da companhia ao tomardeis assento na Congregação.

Não se faz necessario eu vos diga que o gesto amavel bastante me penhorou, considerando o significado da solennidade e o alvo da mesma.

De facto. Aqui estamos, para receber um companheiro que se propoz auxiliar-nos na tarefa ingente de levar a bom termo a incumbencia de plasmar na massa vibrante dos moços os medicos de amanha. E' trabalho de monta, sem duvida, de modo que, dividindo-se responsabilidades, se suavizam as penas da jornada, e a obra se approxima da relativa perfeição dos nossos desejos. Assim, a investitura de um novo obreiro, firme no proposito de conduzir parte do peso que nos tocou alliviando-nos, dando-nos as mãos, não pôde deixar de ser recebida com viva alegria. E' pois natural que sejam marcados com tinta forte, e tenham impressão de relevo na vida desta casa, os dias festivos como este.

E o collega que chega, filho espi-ritual deste mesmo berço amigo, trazido pela victoria justa de uma pugna renhida, — pelos seus titulos, pelo seu passado, pelas credenciaes de saber que exhibiu e pela probidade com que argamassou todo o seu acervo de trabalho constructivo e efficiente, é digno da confiança de que o cercamos jubilosos.

Falar, pois, nesta emergencia e de vós, é expandir o coração e derramar-o em grata alegria.

* * *

Não ha muito tempo, tivemos o ensejo de entregar as mesmas insignias cathedratias, que hoje recebeis, ao illustre professor Edmundo Vasconcellos. Paranymprou-lhe a sa-

gração o professor Celestino Bourroul. Eram o mais novo e o mais antigo dos professores, trocando o abraço de saudações.

Hoje tambem, interessante coincidência ou, talvez, proposito intencional do sr. director, é ainda o mais antigo a receber o mais novo. Cabe-me, de facto, o grau de maior ancianidade na lista dos professores que, como vós, são filhos desta Escola. Para aqui, por primeiro, vim ha doze annos. E a série então começada attinge, nesta hora, convosco, o numero sete, symbolico de plenitude, de perfeição, de excellencia. Se foi mal começada essa série, e vae nisso verdade axiomática, muito bem se conduziu dahi por diante, até o remate do primeiro cyclo.

* * *

Ides assumir vossas funções docentes sob triplice responsabilidade.

Fruto desta casa, que mãos bem-ditas construíram ha quasi 23 annos, sois contemplado do alto desses dias de lutas gloriosas, como novo padrão de sua multiforme pujança criadora. Até aqui, os que vos precedemos neste recinto, vindos do mesmo tronco amigo de que nos esgalhámos, tivemos a incumbencia de attestar a natureza do ensino basico, nas disciplinas de laboratorio ; inicialmente, a medicina legal ; depois, a microbiologia ; em seguida, a physiologia ; mais tarde, a parasitologia ; posteriormente, a chimica physiologica e, por fim, a technica cirurgica e a cirurgia experimental. Mas a vós, coube, agora, dizer, por primeiro, em funções de professor, que o ensino clinico está na altura do renome da nossa Faculdade, integrando-lhe, totalizando-lhe o prestigio. Assim, a uma parcella de responsabilidade generica, attinente ao conjunto didactico da escola, junta-se outra, e intensamente focalizada na attenção de todos : que o curso professional clinico tambem se desenvolve de maneira capaz de abastecer as necessidades didacticas do proprio tecto, embora exigentes, como é do consenso geral.

E, se é de vulto essa responsabilidade vossa, não é unica e nem a maior. Medi outra. Occupaes a cadeira em que esteve, até ha pouco,

Antonio Candido Camargo. O seu nome vae assim só, "tout court" diriam os francezes, porque desacompanhado de quaesquer qualificativos basta para individualisar uma escola que tem se esmerado em avançar na harmonia de esplendida consonancia, lado a lado dos grandes progressos da cirurgia mundial. Falar desse profissional eminente, é falar, por exemplo, das primeiras intervenções no encephalo, no ganglio de Gasser, na medulla, no esophago aqui praticadas, com os cuidados dignos dos grandes centros estrangeiros. Falar desse professor distincto, é falar de uma pleiade luminosa de discipulos que elle transformou em mestres. Citem-se, entre os mortos, Floriano Bayma e Bento Theobaldo Ferraz, e, entre os vivos, esse vosso digno concorrente que, por si, é cabal elogio da escola de Antonio Candido de Camargo, o dr. Mario Otto-brini Costa. E' bem feliz o consagra do cirurgião paulista, encelleirando em vida, e numa velhice moça, o rendimento das sementes que soube deitar no solo fertil que lavrou. E ainda não basta. Outra responsabilidade tendes. E' a ultima na referencia. Aos ultimos, porém, a primazia. Fostes o discipulo dilecto do saudoso mestre João Alves de Lima. Nelle, genuino reflexo da formosa escola franceza, todos viamos o tecnico aprimorado, cheio de linha, de elegancia, de presteza, rigoroso em obedecer aos pormenores operatorios e anatomicos, Franklin Martin o igualou aos primeiros cirurgiões do mundo. Formastes á sombra de sua escola o vosso tirocinio cirurgico. Sois, assim, o represenante de eleição da mesma, por direito de conquista.

Enfileirando e sommando essas tres parcelas, perante as quaes vos pondeis ao assumir grave incumbencia, ficamos nós inteiramente descansados, porque sois digno das tradições que recebestes.

As vossas recentes provas, todas ellas feitas ante uma commissão de valores, o asseguram de sobejo. Vencestes brillantemente por merito proprio.

Dessas provas, apenas para exemplificar, permitto-me referir aquellas que considero de preço mais elevado : a de titulos. As outras, num concur-

so, pôdem, por vezes, estar sujeitas ás aragens — boas ou más — do momento, da sorte, do acaso. São provas que, nem sempre, exteriorizam o merito real. Os titulos, porém, fogem dessa critica. Não se improvisam. Conseguem-se ao calor do trabalho e do rolar do tempo. Trabalho perseverante, indefesso, duro... Tempo em geral bem longo, bastante longo... Os vossos titulos, desde 1924, vinham sendo armazenados paciente e methodicamente.

Veja-se a vossa actividade profissional, todo o vosso trabalho de cirurgião acatado na Santa Casa, quer no Hospital de Jaçanan e ainda no Sanatorio "Vicentina Aranha", quer no Hospital de Jaçaná ; e ainda nós hospitaes de sangue da nossa Epopéa Constitucionalista, já não falando na clinica civil. Demonstres, na medida de todas as exigencias, calma e rigorosamente, o vosso valor tecnico.

Quanto á vossa formação scientifica, ahi estão, na bibliographia nacional, 3 livros, 38 outros trabalhos, 10 conferencias e communicações e 6 theses de doutoramentos que orientastes. Não vos limitastes apenas, assim, á actividade clinica, mas fizestes sciencia, pesquisando, publicando e estimulando pesquisas e publicações. E balanceando o que apresentaes, eu não posso furtar-me ao imperativo de mostrar como se evidencia exuberantemente a segurança com que vos jungistas á orientação moderna da verdadeira cirurgia. Em algumas produções puzestes em relevo modalidades operatorias nas intervenções do abdome superior, indicando que o cirurgião deve conhecer solidamente "anatomia" ; noutras, como ao tratar da cirurgia do esophago e do colon, insististes exhaustivamente e apaixonadamente, nos prestimos da "physiologia" na mesa operatoria ; e, por fim, vos detivestes, como no estudo dos plexos nervosos intramurales do esophago e do colon, em clamar pelo indispensavel connubio com a "anatomia pathologica".

Ahi está a tripode indispensavel para a cirurgia scientifica da actualidade ; anatomia, physiologia e anatomia pathologica.

Nessa direcção accumulastes o cabelo que nos trouxestes.

E como se de mais ainda fosse mistér, demonstrastes que, além de technica e erudição, tinheis treino e capacidade para o magisterio. Porque, em verdade, não basta ao bom professor ter muito. E' indispensavel poder e saber dar, ensinando. O vosso tirocinio docente vem ininterrupto desde 1924, quando começastes a exercer as funções de auxiliar de ensino extra-numerario. Os assistentes da nossa Faculdade, collaboradores dedicados dos professores, e aos quaes rendo daqui as minhas homenagens de admiração, reconhecimento e apreço, tiveram sempre a incumbencia de auxiliar as cathedras no curso pratico e no curso theorico. Exerceram, implicitamente, as funções de docentes livres, quando a nossa escola não os possuia. E, explicitamente, o regulamento lhes tem facultado a ministração de 1/3 do ensino theorico. Assim sendo, em promoções successivas, que denotaram sempre vossa plena competencia didactica, não vos foi difficil, na prova oral publica, arrancar os applausos merecidos do auditorio que vos escutou a lição de prova.

Integraes, pois, a personalidade do professor, segundo as exigencias da sua razão de ser : saber ensinar e ter o que ensinar, theorica e praticamente, pela palavra e pelo exemplo, dizendo como se faz e fazendo.

Junte-se, a isso tudo, a vossa probidade, innumeradas vezes posta á mostra, e está dito o sufficiente para vermos em vós um digno filho espirital desta casa que todos amamos com enternecido affecto ; um successor na altura de quem substituis, e um discipulo brilhante daquelle que vos foi mestre.

E assim sendo, esta Faculdade, pela sua Congregação, vos sauda agora e desde já vos applaude ; Antonio Candido de Camargo, fiscalizando o novo detentor de sua cadeira, vos louvára, sem duvida, e a memoria veneranda de João Alves de Lima, vibrando de jubilo, vos abençoará.

Tendes uma braçada de saudações, de applausos, de louvores e de bençãos.

Tomae, pois, assento comnosco. E sede bemvindo".

Uma longa salva de palmas acolheu as ultimas palavras do orador.

A seguir, usou da palavra o novo professor, que pronunciou o seguinte discurso :

"Faz 18 annos, batia eu ás portas desta casa pedindo aos mestres oportunidade para me enfronhar nos mysterios da carreira que abraçava com o enthusiasmo sadio e o optimismo dos meus 18 annos. As portas abriram-se largas e acolhedoras, porém, aquelles que commigo palmilharam o caminho arduo dos exames vestibulares e que deveriam atravessar os seus humbraes eram poucos, não attingiam a uma dezena. Eu, provinciano, acariciava o intuito de penetrar afoitamente pelos corredores e salas, como um D'Artagnan das sciencias medicas ; mas tive, com esse passo e essa surpresa, murchados no espirito taes impulsos. Pensava, na irreflexão da juventude que, depois da via pedregosa do estudo de humanidades, emergisse a planicie suave do curso superior que só chega ao conhecimento do preparatorio através das suas tradições de pilherias e campanhas sociaes, loucuras byronianas e refregas politicas, noitadas felizes... Desde logo me apercebi, no entanto, mercê desta contraprova de nitida significação, que entrava para casa do trabalho, da disciplina e do estudo, naquelle velho predio da rua Brigadeiro Tobias. Quando, ao fim deste caminhar trabalhoso, nos principios de 1924, a nossa Faculdade abriu-me novamente as suas portas e me apontou o mundo eu tinha a alma cheia de sonhos e de fé ; fiquei a contemplar da soleira, algum tempo, o panorama da clinica, animoso de experimentar os sacrificios da vida pratica, mas medroso de não me encontrar bastante fortalecido para tão dura experimentação.

Para evitar nova decepção resolvi consolidar os conhecimentos que haurira e que me pareciam incompletos ; voltei o angulo do edificio e, ao invés de marchar para frente, emancipando-me do apprendizado, já feito, em breve tempo, doutor na arte de curar, como aquelle personagem de Dante

— voltei o angulo do edificio á procura da entrada dos discipulos. Jamais deixei, nos dois lustros que se seguiram, a frequencia dos laboratorios das materias basicas e a diaria assistencia ao centro de educação cirurgica que é a segunda cadeira de clinica desta Faculdade.

Tantas vezes, nestes longos annos, entrei pela porta dos discentes que fui aos poucos grangeando confiança e, por fim, cheguei a aceitar a possibilidade de um dia poder entrar por esta outra, “batida de sol”, majestosa, por onde transitam os mestres. Não quiz conquistar este direito em arremetida heroica e estouvada, no arrojo de cavalleiro mediavel. Acerquei-me de quem me podia aconselhar e guiar, o professor Alves de Lima, que sancionou e estimulou as minhas pretensões, fazendo crescer a ambição de alcançar a cathedra que hoje me outorgaes, concedendo-me a maior honra que possa alcançar um medico. Miguel Pereira, que excelle entre os mestres, que tinha qualidades innatas de professor, tendo professado com invulgar brilho o magisterio superior, confessa que não conheceu honra maior do que a de ser professor de clinica. Não se tome como hyperbole, portanto, a affirmação do meu deslumbramento quando me abria a porta mais larga desta casa e me admittia com a dignidade que hoje o fazeis, concedendo-me, ainda mais, o prazer de ser saudado pelo verbo eloquente e erudito do professor Flaminio Favero, o primeiro filho desta casa a ser investido das insignias de professor, que aprendi a estimar como collega dos mesmos bancos escolares e respeitar como mestre que dignifica a cathedra já honrada pelo brilho intellectual de Oscar Freire.

A Primeira Cadeira de Clinica Cirurgica foi criada a 14 de Fevereiro de 1916, quando o professor Arnaldo Vieira de Carvalho convidou para reger a o professor Antonio Candido de Camargo que a occupou até 1934, sendo jubulado por ter alcançado a idade maxima prevista pela lei.

Durante este lapso de tempo foi laborioso auxiliar do ensino, como assistente e chefe de clinica, o dr. Zepherino do Amaral que, com espi-

rito nitidamente liberal, eminente-mente pratico, ministrou aos alumnos, com lealdade e dedicação, ensinamentos que, estou certo, muito contribuíram para a formação de varios cirurgiões notaveis, hoje no exercicio da clinica, que passaram por este serviço.

Durante os ultimos 18 annos o professor A. C. Camargo dirigiu o ensino nesta cadeira com “amor, dedicação e probidade”, segundo a sua propria expressão.

Eu, no entanto, meus senhores, provenho de outra estirpe de cirurgiões; formei minha consciencia cirurgica, adextrei minha technica, adquiri os conhecimentos que os senhores professores julgaram bastante para me concederem o magisterio superior na escola de trabalho e dignidade superiormente orientada pelo meu saudoso mestre e paternal amigo — professor João Alves de Lima.

Conforme se depreheende do celebre aphorismo de Hipocrates — o que o remedio não cura, o ferro cura, o que não cura o ferro, o fogo cura... — coube á cirurgia a tarefa mais afanosa no mitigar as dores da humanidade soffredora. Não se comprehende, pois, se limitasse a actividade do cirurgião apenas á applicação pelas mãos de methodos therapeuticos, como o radical philologico da expressão — Cirurgia — induz a acreditar. Não cremos deva ser ella assim apreciada. Para um cirurgião impor-se e elevar-se á altura de verdadeiro mestre e guia, necessario se torna exornem a sua formação intellectual qualidades especiaes attinentes aos misteres de que se occupa. O cirurgião moderno é tambem um clinico enfronhado nos problemas da pathologia e adestrado nos methodos de diagnostico. O seu entendimento com o internista não se faz na juxtaposição das tarefas, senão na discussão do merito do caso concreto, num intercambio de conhecimentos e idéas para chegar-se á decifração da incognita pathologica e consequente deducção da resultante therapeutica.

Devem accommodar-se na organização espirital do cirurgião duas condições — aquella que o leva a adextrar a intelligencia no manejo do raciocinio através da meditação

dos problemas da pathologia, e a que o habitus a decisão, quando tem de applicar a therapeutica cirurgica. O seu espirito terá de afazer-se á contemplação e á acção simultaneamente, e só quando "a união destes contrarios", no dizer de Heráclito, pode harmonizar-se dentro do mesmo homem, alcançaremos a organização technica e intellectual do mestre da cirurgia. Um dos maiores cirurgiões da actualidade, Lord Moynihan, exige "perfeita integridade no pensamento" (é a meditação) "e nos actos" (é a acção) para consagrar um cirurgião: o preparo moral e intellectual são tão necessarios como a acuidade sensorial.

A acção, meus senhores, era dos mais nitidos e impressionantes dotes que ornavam a personalidade cirurgica do professor Alves de Lima. Temperamento vibratil, inquieto, nervoso, não raramente impetuoso mesmo, as suas resoluções na mesa operatoria eram particularmente firmes e rapidas.

De uma feita chegou ás suas mãos um cliente, mais cadaver que vivo. Desesperaram-n'o da cura varios outros notaveis operadores; a sua salvação só se conseguiria por meio de um acto arriscado, cujo desfecho não parecia duvidoso. Minado por pyelonephrite antiga, em avançado estado de toxemia, não se podia entrever a possibilidade de supportar o paciente o traumatismo da operação demorada e grave. O mestre o examinou e previu que só uma intervenção rapida, fulminante, fôra capaz de devolver o seu cliente á saude. A execução deste acto cirurgico define o arrojo technico e a desenvoltura de mestre: uma incisão lombar magistral, profunda, mostra o organo affectado. Duas pinças no pediculo renal, um golpe de tezoura. O anestesista mal fizera o paciente adormecer, os ponteiros do relógio se afastavam na curta distancia de um minuto, a operação terminara.

Repetiu a mesma façanha perante uma commissão de cirurgiães americanos. Praticou uma esplenectomia em minutos, seccionou de um só golpe, com mão firme e força bem medida, todos os planos da parede abdominal, permitindo ao baço herniar-

se pela larga brecha operatoria. Isto é acção, resolução, confiança em si, afirmação objectiva de sua personalidade.

Se a technica, no entanto, exigisse a minucia e o cuidado para coroar-se de bom exito, nós vel-o-íamos, num esforço de vontade, recalcar o impeto, dominar a ancia da rapidez e, com dedos leves, subteis, cuidadosos, empregar pacientemente com a delicadeza de mãos chinezas todos os tempos da anastomose intestinal, da neuroraphia. E' a acção controlada pela educação cirurgica, alcançada com pertinaz esforço mental e particular energia moral que domina os impetos, a impaciencia, a vibratilidade de sua alma transformando-o em pachorrento e cuidadoso executor de movimentos repetidos, enfadonhos, tediosos.

Ainda é o notavel cirurgião de Leeds, Lord Moynihan, que afirma "não é a cirurgia um officio, mas exige um bom officio". E' na exacta medida dos movimentos, na acuidade da sensibilidade tactil, no jogo de mão, que iremos encontrar as caracteristicas da habilidade do "bom officio" necessarias para integrar as qualidades do cirurgião.

A arte cirurgica exige attitudes physicas e espirituas que não se conciliam com facilidade dentro do mesmo temperamento humano. Ora é a arremetida espectacular e aparentemente theatral que uma hemorragia inesperada e perigosa exige do cirurgião, ora é a minucia fastidiosa interminavel nas diversas manobras de sutura e hemostase.

Lá como que o homem se sobrepõe á natureza, em combate vivo, cheio de manobras de occasião, em attitude mental aggressiva, exigindo resoluções rapidas e heroicas: na outra eventualidade parece o operador vencido pela monotonia, condemnado a repetir os mesmos movimentos, em calmaria intellectual estafante. Em ambas as situações ha, no entanto, o mesmo esforço intellectual, a mesma tensão de espirito, o mesmo poder de attenção.

O temperamento do prof. Lima affeição-se melhormente ás necessidades apontadas na hypothese primeiramente referida. Dentro das dif-

fieuldades inesperadas e subitas elle se batia com galhardia, presença de espirito, firmeza na resolução e elegancia no gesto. Adaptava-se de maneira impressionante aos tempos calmos do acto operatorio por um esforço bem controlado, de tal maneira que alguns dos seus biographos assignalam a calma como uma das suas qualidades naturaes de operador. Nós poderíamos affirmar que esta placidez apparente era o resultado de formidável batalha psychica criando estes dons necessarios á moderna cirurgia.

Elle conseguia dominar os impetos, aprendeu a recalcar a pressa, que frequentemente trespassava pelos tabiques que lhe impunha, emergindo sob forma de ferretoadas nos auxiliares, quando os movimentos destes não correspondiam á sua intenção de rapidez, que o esforço sopitava.

Se a acção se caracteriza tão bem pela analyse, mesmo perfunctoria, da sua actuação cirurgica, não é mais difficil descobrir, no espirito do prof. Lima, as qualidades de meditador dos problemas attinentes á sua especialidade. Este pendor da sua intelligencia o arrastou, mesmo, para fóra dos dominios da medicina, levando-o a elocubrações philosophicas que, nos ultimos annos de sua vida operosa, encheram boa parte de suas horas.

A junção de qualidades tão differentes na mesma formação espiritual eleva o homem do plano commum, arreda-o da mediocridade, promove-o a lider no sector de sua actividade. Mas esta coincidência não é encontradiça. Heráclito considerava-as qualidades oppostas, mas eu acredito a realização "destes contrarios" na formação da alma do meu mestre; ao contrario não poderíamos encontrá-lo classificado, por juiz insuspeito, entre os melhores cirurgiões do mundo. Não somos nós, seus alumnos que o asseveramos, Um dos membros de uma commissão de cirurgiões americanos que aqui esteve, que o viu trabalhar, escrevendo officialmente sobre sua missão, no maior jornal de cirurgia existente (Surgery-Gynecology Obstetrics) disse: "and his technist equal to that of the best surgeons of the world".

De mestre da cirurgia não pôde ser chamado aquelle que apenas ministre os preceitos da sciencia e os segredos da arte; exige-se delle um caracter, uma consciencia que saiba discernir no campo da medicina e se portar nas actividades de cidadão. Em conjuncção com o operario, o "bom official", deve ser encontrado o estofo do cientista, reforçado pelas qualidades moraes do cidadão. Para induzir aos discipulos os sãos principios enquadrados nesta formação moral intellectual e technica não bastam apenas preleções e demonstrações, é necessario juntar-se o exemplo: o cumprimento do dever, a honestidade no conselho e na acção, a discreção da conversação, o respeito irrestrito aos collegas e o sagrado cumprimento dos deveres patrios constituíam uma fonte de ensinamentos diários áquelles que, como nós, trabalhavam sob a direcção do prof. J. Alves de Lima.

Como chefe, conseguiu o mestre disciplina, ordem no trabalho e pontualidade na frequencia á enfermaria. Embora reagindo vivamente, com certa violencia mesmo, pouco pertinente com o facto a recrminar, sempre o fazia muito passageiramente. Esta severidade estava perfeitamente equilibrada por outro modo de tratar os seus auxiliares, o que sempre fazia com alta distincção e finura. Se era energico e impetuoso para aquelles que não seguiam as suas determinações dentro do serviço, na communidade da enfermaria, não menos incisiva e muito mais intransigente era a sua attitude ao defender os actos dos seus auxiliares acaso incriminados de erro ou descuido por pessoa estranha.

Certa vez, por circumstancias que não vêm a pêlo discutir, o meu collega de internato solicitava, em nome do professor, ao serviço de anatomia Pathologica da Santa Casa a autopsia do cadaver de um operado. O exame foi feito, dando margem a levantar-se uma questão com a direcção do Hospital por motivos de ordem administrativa. O então director clinico, homem tambem energico e exigente, pretendeu verberar pessoalmente a attitude do meu collega; mas o nosso mestre interpoz-se, chamou a si a responsabilidade do

caso e sustentou alteração árdua e demorada. Só depois do incidente é que veio inteirar-se do succedido com os devidos pormenores.

Factos como este em que assumia integralmente a posição de chefe, na defesa dos seus collaboradores, poderiam ser colleccionados em grande numero. Nestes lances inesperados é que se affirma a attitudo dominadora dos chefes, fazendo o proselitismo, reforçando os laços moraes e affectivos da cadeia que une os diversos elementos na formação do conjunto a que se denomina Escola. A confiança é cada vez maior, mais segura a efficiencia do trabalho. A estes homens plasmadores de caracteres, se podem denominar, com Ruy de plantadores de Carvalho porque conglomeraram os nucleos formativos de onde se destacam elementos de elite que constituirão pontos de resistencia contra o desrespeito á ethica profissional contra o malbaratamento da profissão, contra a decadencia da sciencia e o afeiamento da arte. A estes cabe o posto de chefe porque guiam, orientam, edificam, modelam a mentalidade sadia da mocidade na consciencia impreterita do profissional e do cidadão.

Não pretendo analysar a bondade do amigo. "Conhecer a alma de outrem é avalial-a, pesal-a nas balanças de nossa propria alma", como disse Merejkovsky, e eu não me sinto capaz de esboçar um cotejo que resultasse um estudo aproveitavel. A homenagem que daqui presto ao meu mestre e amigo consistirá em continuar os seus principios moraes, o seu exemplo de trabalho, a sua lealdade e alta comprehensão dos ditames da consciencia. Seu filho espiritual, arremedo de sua cultura e de sua technica, reconheço que o meu triumpho é o reflexo dos seus conselhos e das suas lições.

Para a formação da cultura medica que expuz perante esta douta congregação, tendo della recebido as insignias para mim demais honorificantes de professor, ao lado dos ensina-

mentos do professor Alves de Lima, assignalo, e o faço com a maior satisfação e inteira justiça, as lições do dr. Lemos Torres, que foi quem guiou os meus passos na technica propedeutica como seguro timoneiro, acendeu a luz do meu entendimento ás questões clinicas, indicou-me os nortes por que me devia orientar, cimentando as pedras fundamentais da cultura incipiente com principios de moral scientifica rigorosos e intransigentes. Não segui a estrada que este mestre me illuminava, desviei para outras regiões mais condizentes com os pendores do meu espirito, e nellas encontrei, felizmente, a orientação clarividente do professor Lima. Também este não me levou ao fim da jornada que deveria trilhar a seu lado: a morte prematura prostrou-o impiedosamente. Então o professor B. Montenegro, acolhendo-me em seu serviço, deu-me lições de clinica que eram em clareza, precisão e elegancia comparaveis áquellas de Anatomia de ha longos annos. E foi assim que pude alcançar as ultimas etapas da estrada, amparado por orientadores de invulgar valor.

Daqui por diante marcharei só, prompto a redobrar os meus esforços. Sou animado neste proposito pelo acendrado amor que dedico a esta Casa, onde 18 annos da minha vida se escoaram em atmospheria de trabalho, de esforço e de applicação ao estudo. Honrar as tradições, batalhar pelo engrandecimento da Faculdade de Medicina de São Paulo, é o elementar dever, é a maior satisfação, é o sacrificio que farei por maior que seja a sua extensão, pois será menor no soffrimento porque equiparavel ao do filho que honra os seus paes e os dignifica."

Findas as palmas que coroaram as ultimas palavras do novo cathedratco, o professor Aguiar Pupo, declarando-o empossado em sua cathedra, agradeceu a presença de todos os que assistiam á cerimonia e declarou encerrada a sessão.

Philergon o fortificante por excellencia

Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

Posse do dr. Americo Brasileiro. — Em reunião realizada no dia 19 de novembro ultimo e presidida pelo prof. Ovidio Pires de Campos, a Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo recebeu o novo socio honorario, dr. Americo Brasileiro de Almeida Mello Filho.

O presidente, declarando achar-se na ante-sala o dr. Americo Brasileiro Filho, novo socio honorario, designa os professores Flaminio Favero e A. C. Camargo, para o introduzirem no recinto, onde foi recebido sob calorosa salva de palmas.

O presidente ao entregar-lhe o diploma de socio honorario, saudou-o em breve oração, dando, a seguir, a palavra ao dr. Synesio Rangel Pestana para recebê-lo em nome da sociedade.

O dr. Synesio Rangel Pestana fez então o seguinte discurso :

"Exmo. sr. presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo !

Exmos. senhores. Srs. consocios !
Sr. dr. Americo Brasileiro de Almeida Mello Filho !

Sou muito reconhecido a v. exa., sr. presidente, pela indicação de minha humilde pessoa para fazer as honras desta Casa, na recepção solenne do seu novo socio honorario, o nosso eminente collega sr. dr. Americo Brasileiro de Almeida Mello Filho.

Bem comprehendi que v. exa. não procurou, com a vossa escolha, não procurou, com a vossa escolha, o orador imaginoso e elegante que pudesse dar brilho a esta festa, pois se o pretendesse, teríeis errado o alvo. Como, parodiando a conhecida phrase, acreditae que "os velhos só por velhos devem ser entendidos", fostes procurar o numero tres dos nossos consocios, na ordem de antiguidade, para saudar, nesta noite memoravel o numero dois dos nossos titulares, pois, precedidos pelo nosso mestre e nobre collega Carlos Botelho, somos, meu caro confrade Americo Brasileiro, os tres mais antigos membros desta veneravel companhia.

E eu me sinto muito á vontade para falar de vossa pessoa, porque a conheço de sobejo e a ella estou ligado ha quasi quarenta annos, por antiga, profunda e solida amizade.

Ainda me recordo do modo pelo qual fiquei conhecendo pessoalmente o homenageado de hoje, cujo nome me era familiar desde a minha infancia, se bem que a elle se referissem os meus maiores, não ao filho mas ao pae, de quem herdara o mesmo nome de Americo Brasileiro, amigo de meu saudoso pae e mais particularmente, de meu querido tio e amigo, o grande jornalista Francisco Rangel Pestana, e era repetido a miude, com carinho e veneração, na intimidade de minha familia. Mas esse Americo Brasileiro, era o egregio professor da Faculdade de Direito, notavel advogado, brilhante jornalista politico, habil polemista, historiador e mestre de humanidades, propagandista da Republica e fundador do Partido Republicano da Provincia de S. Paulo e um dos fundadores do jornal do partido, "A Provincia de S. Paulo", que iniciou a sua publicação em 4 de Janeiro de 1875 e que é hoje o grande e respeitado organ da imprensa paulista, "O Estado de São Paulo", uma das glorias do periodismo nacional.

Este illustre brasileiro, que começou a sua fulgurante vida politica no Imperio, filiado ao Partido Liberal, foi deputado á Assembléa provincial de S. Paulo e seu presidente, deputado geral e presente das provincias do Parahyba do Norte e do Rio de Janeiro. Liberal adiantado, evoluiu naturalmente para a Republica, sendo um dos delegados a Convenção de Itu, reunida em 1873 e de cujo nucleo surgiu o Partido Republicano da provincia, do qual foi um dos fundadores e chefe incontestado.

Já como republicano, foi eleito vereador á Camara Municipal de S. Paulo e pleiteou diversas eleições provinciaes e geraes como candidato do partido. Nesse periodo, disputou a cathedra de professor de Direito,

Romano na Faculdade de S. Paulo, tendo sido classificado e nomeado apesar de sua actividade politica contra o throno, taes as provas de competencia exhibidas em concurso publico.

Proclamada a Republica, fez parte, como vice-presidente, da Commissão incumbida de apresentar o projecto de Constituição da Republica, foi nomeado ministro plenipotenciario junto ao governo de Portugal, cargo que não chegou a occupar porque foi indicado para governador de S. Paulo e mais tarde eleito seu presidente. Deixando o exercicio deste cargo, foi nomeado ministro do Supremo Tribunal Federal, cargo em que veio a fallecer.

Do filho tambem ouvia referencias elogiosas, embora não o conhecesse pessoalmente, pois, enquanto eu fazia o meu curso de humanidades, elle já frequentava a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Só depois de terminado o meu curso medico, em 1897, foi que, em 1898, conheci Americo Brasiliense Filho, do modo que adiante se verá.

Havia em S. Paulo, ao tempo da minha infancia, uma curiosa casa commercial, muito afamada, na rua da Imperatriz, hoje 15 de Novembro mais ou menos onde está actualmente o Banco do Estado de S. Paulo, fundada pelo cidadão francez Anatole Luiz Garraux. Esta casa, que vinha de um outro predio pequeno e acanhado do largo da Sé, além de vender objectos de papelaria, bonbons, chocolates einhos francezes, objectos de arte para presentes e outras miudezas, tinha uma secção de livreria, que era a melhor da provincia, frequentada pelos intellectuaes da terra. Alli se encontravam os advogados, medicos e homens de cultura do tempo, para a acquisição de novidades literarias e scientificas, para a encomenda de livros, jornaes e revistas editados na Europa. Como era natural, esse ponto de reunião proporcionava aos seus frequentadores momentos de boa prosa e ensino para se fazerem novos conhecimentos e se estreitarem amizades entre os que alli se davam "rendez-vous".

Na minha adolescencia a Casa Garraux já se havia transferido para

o predio ainda hoje existente, entre o Banco Allemão e o Banco Real do Canadá e sob a responsabilidade da firma Thiollier, Fernandes & Cia, successora do velho Garraux e de que fazia parte o saudoso Alexandre Thiollier, que eu conheci pessoalmente.

Foi nessa casa tradicional, no recinto dessa excellente livreria, que eu tambem passei a frequentar, depois de medico, que vim a conhecer o nosso homenageado de hoje.

Feriu-me a attenção um esbelto rapaz, alto, magro, moreno, de attitudde sempre erecta, invariavelmente vestido de solenne sobrecasaca preta, usando pince-nez de aro de ouro, preso a um cordão de seda, cujo traje correcto era completado por chapéu preto, duco, vulgarmente chamado "chapéu côco". Admirava nelle, nas suas intimidades com o velho Michel, encarregado da secção de livreria da Casa Garraux, as suas maneiras delicadas, a sua perfeita cortezia de homem finamente educado.

A sua sympathia attrahiu-me e dentro de pouco tempo, apresentado pelo velho francez, tão bondoso e tão conhecedor dos segredos da livreria, passei a dar prosa ao collega que tão assiduamente frequentava a livreria da Casa Garraux, e que eu via, todos dos dias, dalli sahir em passo cadenciado e solenne, fumando um cigarro de palha, queimado de um lado só, sobraçando jornaes da terra e revistas francezas, ao lado de livros que representavam as novidades scientificas ou literarias vindas pelo ultimo transatlantico e tendo em uma das mãos uma bengala e na outra um lenço branco amarfanhado.

Desse encontro quasi diario, nasceu a nossa amizade e do conhecimento mais perfeito de suas excelsas qualidades e dos primores de sua intelligencia, de sua cultura e do seu caracter, originou-se a minha admiração por esse alto espirito e a minha intimidade com esse excellente e leal amigo.

O rigor do seu traje, a distincção do seu porte, o seu amor á tradição, no que ella tem de respeitavel e de formosa, a sua apurada educação, dão bem a medida da sua feição moral inconfundivel.

Homem de principios severos, só conhece uma moral a cujos dictames inflexiveis se curva submisso e satisfeito, procurando ser logico em todos os actos de sua vida publica e particular.

Filho de um eminente e entusiastico propagandista da republica para o governo do paiz, por um destes contrastes raros no nosso meio, professou desde a sua mocidade idéas monarchicas e coherente com as suas convicções amadurecidas no estudo, na observação e na comparação entre os paizes monarchicos e os republicanos, jamais se deixou seduzir pelo modernismo, nunca adheriu á nova ordem de coisas, conservando intacto o seu crêdo politico. E muitas vezes, abatido pelas decepções, pelos erros e até pelos crimes que temos presenciado de 1899 para cá, eu, que sou republicano e liberal por convicção, por educação e até por tradição de familia, chego a vacillar nas minhas idéas, pensando de mim para commigo — quem sabe se a razão está com Americo Brasiliense.

Paulistano de muitas gerações, lá para o anno de 1864 nasceu o dr. Americo Brasiliense de Almeida Mello Filho num velho solar da familia, na rua da Esperança canto da de Santa Thereza, onde já viéra ao mundo o seu illustre pae. Fez o seu curso de humanidades nesta capital, a principio com João Kopke, notavel educador, que tambem fôra meu mestre e amigo muito amado e depois no "curral", como então irreverentemente denominavam o Curso Annexo á Faculdade de Direito, "os bichos", como eram conhecidos os preparatorianos da epoca. Matriculou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1882, recebendo grau de doutor no anno de 1889, frequentando aquella notavel casa de ensino superior, no seu periodo aureo, que corresponde á reforma e á direcção do grande cirurgião e incomparavel director, o professor Visconde de Saboia.

Distinguiu-se entre os seus collegas pela sua lucida intelligencia e pela sua applicação, tendo tido a fortuna de ouvir as memoraveis lições das grandes figuras do nosso ensino medico, como, João J. Pizarro, Martins Teixeira, Domingos Freire,

Pereira Guimarães, Visconde de Alvarenga, Torres Homem, os irmãos Silva, Visconde de Saboia, Feijó Junior, Martins Costa, Cypriano de bizo, Oscar Bulhões, barão de Pedro Affonso, Erico Coelho, Hilario de Gouveia, Teixeira Brandão, Rocha Faria e Souza Lima. Conquistou, por concurso, o cargo de interno da Clinica do grande Martins Costa, egregio professor de Clinica Medica e Chefe de Clinica da Santa Casa de Misericórdia do Rio, Exerceu esse cargo, com brilho, do 4.º ao 6.º anno do curso e neste ultimo anno foi eleito presidente do Gremio dos Internos dos Hospitales, antiga e prestigiosa sociedade de estudantes de Medicina, que tinha a sua sede no Hospital Geral da Santa Casa do Rio de Janeiro.

Durante o seu curso academico, filiado ao partido conservador, privou da intimidade dos grandes vultos daquelle partido: o barão de Cote-gipe, Ferreira Vianna, Rodrigo Silva, Andrade Figueira, João Alfredo, Rodrigues Alves e tantos outros, que se reuniam na Alfaiataria Torres, á rua dos Ourives, para o cavaco diario, o commentario do acontecimentos politicos e sociaes dos ultimos annos do segundo imperio.

Depois de diplomado, exerceu o cargo de medico da Casa de Detenção e da Caixa de Soccorros D. Pedro V, prestigiosa associação da colonia portugueza do Rio, que premiou os seus dedicados serviços conferindo-lhe o titulo de socio bem-feitor.

Ha na sua passagem pelo Rio de Janeiro, uma curiosa referencia — a sua nomeação para o cargo de subdelegado de policia da Freguezia do Sacramento, em 1891, em plena Republica. Para quem se lembrar da importancia politica dos cargos de policia e as lutas tremendas no terreno politico partidario, exactamente na famosa freguezia do Sacramento, ficará admirado da nomeação de um monarchista confesso, que nunca transigiu com as suas convicções politicas, para cargo de confiança naquella famosa circumscripção eleitoral da capital da Republica.

A unica explicação que poderíamos encontrar para tão estranho facto, seria talvez a necessidade de

entregar aquelle importante cargo a um homem de espirito recto, de perfeita isenção, capaz de agir com justiça e rigoroso respeito á lei, com absoluta imparcialidade, como Americo Brasiliense exactamente porque, além de senhor de qualidades moraes raras, elle não tinha nenhuma ambição pessoal, nada desejava da Republica, pensando somente no cumprimento integral do seu dever de funcionario da policia civil.

Aqui se extingue a sua actividade na Capital Federal, pela sua volta á terra do seu nascimento, em 1892.

Chegando á nossa metropole, abriu o seu consultorio no largo da Misericordia e exerceu largamente a clinica civil, principalmente no meio commercial de S. Paulo. De uma insinuante sympathia, possuidor de boa cultura medica, com grande pratica hospitalar, de uma bondade captivante, de uma educação aprimorada, respeitador severo da ethica profissional, não causou surpresa a ninguém o seu triumpho como clinico.

Exerceu durante 5 annos o cargo trabalhoso de medico da Sociedade Beneficente dos Funcionarios da São Paulo Railway e por longos 18 annos fez parte do quadro clinico da Associação de Auxilios Mutuos da Estrada de Ferro Central do Brasil, onde adquiriu grande prestigio e a estima e gratidão dos modestos socios daquella agremiação de ferroviarios, que o fizeram seu socio honorario.

Como inspector do Serviço Sanitario do Estado, em commissão, prestou relevantes serviços á administração notavel do benemerito e saudoso Emilio Ribas, de quem foi secretario medico. Para servir ao seu dedicado amigo, tirando-o de difficuldades de momento, exerceu interinamente os cargos de assistente do Instituto Bacteriologico, e do Hospital de Isolamento, desempenhando-se de todos esses encargos com zelo e prudencia, merecendo por isso a particular estima e admiração do grande paulista que, na direcção dos nossos serviços de hygiene, tão alto elevou o nome do nosso Estado.

Recusou o cargo de Assistente do Instituto de Butantan, que o secretario do Estado, Gustavo Godoy

criou, numa das reformas por que passou aquella secção do Serviço Sanitario, para nelle collocar o dedicado servidor de sua terra.

A' nossa Santa Casa de Misericordia vem prestando inestimaveis serviços desde o anno de 1903, o que lhe valeu o titulo de Irmão Protector, o mais elevado compromisso da Irmandade, como justo e merecido premio á sua abnegação. Sabem todos os familiares da nossa tradicional instituição de caridade, da dedicação do chefe de clinica do Asylo de Invalidos e Jaçanan, da sua perfeita assiduidade nos serviços a seu cargo, do carinho e do amor que consagra áquella multidão de invalidos, aleijões congenitos, paralyticos por lesões cerebraes ou medullares, cegos de nascença ou por molestias oculares, estropiados por accidentes de rua, mutilados por intervenções chirurgicas, imbecis, debeis mentaes, caducos, toda uma longa série de infelizes que encontram no seu coração de homem de fé, de christão, sempre á procura da perfeição, o lenitivo para suas dores, o consolo para os seus padecimentos moraes, a paciencia, verdadeiramente evangelica, para suavisar-lhes a vida aspera e pesada que a natureza nem sempre mãe, porém, muitas vezes madrastra, lhes destinou.

Por isso, o nosso nobre confrade, é alli naquelle meio, que faz lembrar o famoso pateo dos milagres do romance hugoano, adorado, respeitado e abençoado pelas preces ardentes dos asylados e das religiosas que naquella casa do soffrimento humano se sacrificam, no amor ao proximo, pelo amor de Deus.

Serve ainda o nosso egregio companheiro a outra velha e benemerita instituição altruistica, desde 1892 como adjunto voluntario e como effectivo de 1906 em diante — a Real e Benemerita Sociedade Portuguesa de Beneficencia —. Honrando o seu alto merecimento e os seus abnegados serviços a administração daquela sociedade elevou-o, em 1915, ao cargo de director clinico do seu Hospital e ultimamente desejando Americo Brasiliense, recolher-se ao merecido repouso, depois de tantos annos de labor indefesso, recebeu da Beneficencia Portuguesa o honroso titulo

de Director Clinico Honorario. Conferiram-lhe ainda os membros daquelle associação o titulo honorifico de Socio Cruz de Honra, dos mais altos do seu estatuto.

E elle bem mereceu todas essas homenagens porque, para fazer-lhes jus, além dos annos ininterruptos de assidua collaboração, basta lembrar o seu trabalho herculeo na grande pandemia de gripe hespanhola que assolou a nossa cidade em 1918, pois foi elle, como chefe de Clinica Medica do Hospital S. Joaquim, o unico profissional que pôde prestar soccorros aos doentes daquelle nosocomio, enormemente superlotado, porque só elle, dos medicos da casa, não adoeceu.

A sua onimoda actividade ainda lhe permittiu pertencer como titular e frequentar as suas sessões, ás seguintes associações scientificas: Instituto Historico e Geographico de S. Paulo, Sociedade Scientifica (hoje extinta), Sociedade de Medicina Legal e Criminologia, da qual foi vice-presidente e nessa qualidade por algum tempo exerceu a presidencia.

Ha trinta annos presta abnegados serviços á Liga Paulista contra a Tuberculose, ao lado do infatigavel Clemente Ferreira, o apostolo da tuberculose entre nós, tendo occupado diversos cargos de sua directoria e sendo actualmente o seu 1.º vice-presidente.

E' o presidente da Sociedade dos Medicos da Beneficencia Portuguesa, novel associação ha pouco fundada nesta capital.

E' collaborador da "Gazeta Clinica", o mais velho jornal Medico de nosso Estado, cujo prestigio é de todos nós conhecido pela excellencia e criterio de sua direcção e de seu luzido corpo de redactores e collaboradores.

E' digno de registo, na vida trabalhosa e util do nosso estimado consocio, o seu papel saliente na fundação da Escola de Pharmacia e Odontologia de S. Paulo, em 1899, Como um dos seus fundadores, coube-lhe o cargo de lente substituto, tendo sido designado para reger a cadeira de historia da pharmacia e legislação pharmaceutica e mais tarde, elevado a cathedraticeo em 1907, occupou a cathedra de Materia Me-

dica e Therapeutica. Interinamente, lecionou bacteriologia.

Vice-director durante dez annos, por algum tempo exerceu o cargo de director, interinamente.

Da sua competencia como professor culto e esforçado e da sua actuação como examinador severo, mas justiceiro, podem dar testemunho os seus companheiros de congregação e as innumerables turmas de alumnos alli diplomados, que honram a tradição daquelle conceituada escola e o nome do seu grande e estimado mestre.

Deixei propositamente para o final deste despretencioso discurso de recepção, a historia dos serviços prestados por Americo Brasiliense a este velho, veneravel e glorioso centro scientifico, o mais antigo de nossa classe no Estado de S. Paulo.

Para o nosso quadro de titulares elle ingressou em 1895, poucos mezes depois da fundação da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo. Por uma circumstancia fortuita não foi dos seus fundadores, sendo, no entanto, o numero dois, na ordem de antiguidade, o que quer dizer que, exactamente há quarenta annos elle frequenta esta casa, servindo-a com desinteressado amor, com dedicação incomparavel, com perfeita lealdade, com honra inexcédível.

Além da sua assiduidade ás sessões, de sua collaboração inestimavel, do prestigio que lhe dá o seu illustre nome, deve-lhe a nossa Sociedade um valiosissimo serviço.

Contra as ameias da nossa cidadella sopraram, certa vez, rijos ventos ameaçadores, encadeando correntes contrarias na imminencia de fragoroso entrechoque.

Representavam essas correntes, indicados por cada uma dellas para a direcção da sociedade, nomes dos mais illustres, todos na altura da missão que se lhes destinava, por occasião da eleição para a renovação da directoria que terminava o seu mandato.

A divergencia de opiniões, necessaria nas collectividades, porque é um indice de vida e de vigor, pôde, ás vezes, trazer dissabores e consequencias funestas para a instituição que lhe soffre o embate. Os responsaveis pelos destinos da nossa querida

sociedade, temeram, naquella oppor-tunidade, que, extremadas como es-tavam as duas correntes em luta, a victoria de qualquer dellas, trouxes-se no seu bojo a desunião, o irreme-diavel dissidio que poderia abalar as fundações do edificio.

Foi isso pelo anno de 1923.

O unico recurso para desviar a tempestade que se formava no hori-zonte, obscurecendo a paz tão neces-saria á nossa vida em commum, seria a escolha de uma directoria, chefiada por um nome acatado, que, pelo seu tacto, pela sua habilidade, pelas suas qualidades de diplomata, pela sua austeridade e pela estima e confian-ça que merecesse de gregos e troia-nos, pudesse levar ao porto de salva-mento a arca santa do nosso amor, a Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo.

E só um nome dentre os nossos titulares era capaz desse milagre e todos os olhares se voltaram para a figura veneranda de Americo Brasi-liense, cujo nome, certamente, seria acceito pelas duas correntes em oppo-sição, porque elle era naquelle mo-mento historico, quem reunia todas as qualidades necessarias e exigiveis para amainar a tempestade, trans-formando em ventos bonancosos o fragor da borrasca que se annunciava á distancia.

E assim foi felizmente, e o nosso inclito confrade augmentou no seu acervo mais este inestimavel serviço prestado a esta sociedade. A sua presidencia, como era de esperar,

deslisou suavemente, fecunda e bri-lhantemente, de modo que elle pôde entregar ao seu successor o estandarte social, puro e immaculado, como o recebera do seu antecessor e ostentando, a mais, a condecoração de sua benemerencia pelo serviço prestado em condições tão difficeis e tão de-licadas.

Por tudo isso Americo Brasi-liense bem mereceu o "otium cum digni-tate" tão almejado pelos batalha-dores fatigados pelas asperas lutas emprehendidas em longo tempo de serviço.

Essa a razão das galas de que se reveste esta solennissima sessão para premiar serviços tão altos, sentindo a Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, que, concedendo ao seu filho illustre tão rica mercê, se hon-ra tanto quanto o alvo das homena-gens desta noite inolvidavel.

Repeti commigo, caros confrades, ao receberdes no portico do nosso tradicional sodalicio, o novo socio honorario Americo Brasi-liense de Almeida Mello Filho :

Salve, nobre, eminente, e querido confrade !"

Usou da palavra, a seguir, o dr. Americo Brasi-liense Filho que, em brilhante oração, agradeceu as homenagens de que era alvo, promet-tendo continuar a empregar o melhor de seus esforços, em prol do maior desenvolvimento da Sociedade de Medicina e Cirurgia.

Em seguida, foi encerrada a ses-são.

Instituto Biologico

Novos assistentes. — Em con-dições excepçionaes, conseguiu o Ins-tituto Biologico de São Paulo obter a collaboração de tres especialistas estrangeiros de grande nomeada na esphera de sua actividade scientifica.

Ha pouco, iniciou seus trabalhos na secção de doenças de plantas, a notavel phytopathologista norte-ame-ricana sra. A. Jenkins, que caracte-rizou definitivamente o fungo causa-dor da doença das laranjas, denomi-nada verrugose. Sobre essa doença,

acabam de ser aqui conseguidos pelo dr. A. Bittencourt, de collaboração com essa scientista, notaveis verifica-ções scientificas, que revelaram o modo de reproducção desse fungo, de grande importancia pratica para a nossa citricultura.

Brevemente deverá iniciar seus trabalhos, no mesmo departamento do Instituto Biologico, um dos mais conceituados scientistas da nova ge-ração de botanicos allemães — o dr. C. Silberschmidt, da Universidade

de Munich e que se tem distinguido sobretudo pela originalidade de seus trabalhos sobre physiologia normal e pathologica das plantas, especialmente relativos á immundade, assim como por seus estudos sobre as doenças de virus em phytopathologia. As mais elogiosas referencias das maiores autoridades em botanica sobre o dr. Silbeschmidt, reforçam a recommendação decorrente dessas suas pesquisas scientificas.

Tambem é esperado, no Instituto Biologico, o prof. Gustav Giemsa, chefe dos serviços de chimica do Instituto Tropical de Hamburgo, autor

de trabalhos que lhe valeram grande notoriedade, taes como os que realizou sobre chimiotherapia e processos de expurgo de navios e cujos methodos de coloração de micro-organismos são de uso diario em todos os laboratorios de microbiologia. O prof. G. Giemsa, que ha trinta annos já esteve no Brasil, chamado a colaborar com Oswaldo Cruz nos fundamentos do Instituto de Manguinhos, vem tambem agora auxiliar o director do Instituto Biologico de S. Paulo na organização e orientação dos trabalhos de chimica do mesmo Instituto.

Academia Internacional de Odontologia

A secção de São Paulo. — Realizou-se no dia 30 de novembro ultimo, a reunião mensal da Academia Internacional de Odontologia, secção de São Paulo. O sr. dr. Antonio Campos de Oliveira, delegado official, declarou que havia recebido da Argentina o diploma de delegado official honorario a ser conferido ao sr. dr. Armando de Salles Oliveira, como reconhecimento á criação da Faculdade de Odontologia, annexa á Universidade de S. Paulo; o diploma do membro honorario para o sr. dr. José Carlos de Macedo Soares por ter condecorado o primeiro dentista pertencente a "Academia Internacional de Odontologia", na sua recente viagem á Argentina; o diploma de membro honorario ao deputado dr. Miguel Coutinho, por ter saudado a "Odontologia" na Assembleia de São Paulo, no "Dia do Dentista", quando se installou a secção paulista da "Academia Internacional de Odontologia".

O delegado official designou os membros da Academia: cirurgiões-dentistas prof. Marques Junior, José F. Toledo, Luiz Cesar Pannain e Archibaldo Jordão, para accordarem na data e modo mais condigno para a entrega dos titulos honorificos.

Os sessenta membros da secção de São Paulo, ficaram distribuidos por esta forma: trinta para a capital e trinta para o interior do Estado. Em torno da "Academia" funcionará, em cada municipio, o "Circulo Educacional de Odontologia", de onde sahirão as futuras candidaturas. O Collegio Local de São Paulo conta actualmente com 17 academicos, que deverão escolher entre dentistas falecidos o patrono da sua especialidade, do qual é obrigado a fazer bibliographia, occupando a tribuna em uma das sessões trimestraes, em que é obrigatoria a presença da representação academica do interior.

Primeiro Congresso Brasileiro de Cancer

As moções approvadas. — No primeiro Congresso Brasileiro de Cancer, realizado no Rio de Janeiro, em novembro ultimo, foram approvadas as seguintes moções:

1.º) O I Congresso Brasileiro de Cancer, verificando a urgente neces-

sidade de iniciar e organizar a luta contra o cancer no Brasil, de conformidade com o clamor da classe medica nacional, e, reconhecendo que uma campanha geral e intensa seria inacessivel aos recursos do governo que, em paiz nenhum, pode dispen-

sar o concurso de associações particulares, ás quaes deve auxiliiar ou subvencionar, exhorta a administração publica por seus orgãos competentes, á fundação do I Centro anticanceroso official ao qual se filiem postos e se sigam outros centros congeneres — federaes e estaduais — tanto quanto possível ligados entre si e ás organizações similares de iniciativa privada.

2.º) O I Congresso Brasileiro de Cancer, ao terminar os seus trabalhos verificando a urgente necessidade de uma campanha extensa, intensa e organizada contra o cancer no Brasil, campanha essa que não pode ser enfrentada somente pelo governo e que deve mobilizar todas as classes sociaes, convida a Sociedade de Medicina e Cirurgia representada pelas suas directorias, actual e successivas, a promover as primeiras medidas para a fundação da Associação Brasileira de Lucta contra o Cancer, lembrando o nome do presidente de Honra do Congresso, dr. Guilherme Guinle, para presidente e organizador da benemerita instituição a constituir-se.

3.º) O I Congresso Brasileiro de Cancer, grato aos exmos. sr. ministro da Educação e Saude Publica e ao sr. governador do Districto Federal, pela sympathia com que acolheram a iniciativa de seus promotores, comparcendo á sua sessão inaugural, espera do patriotismo e do espirito humanitario desses eminentes homens publicos apoio decisivo ás suas finalidades.

4.º) A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, confortada com o successo alcançado pelo I Congresso Brasileiro de Cancer, louva e agradece aos illustres consocios e collegas que com ella collaboraram presidindo as sessões do Congresso ou nellas actuando como relatores, commentadores e executores de demonstrações technicas.

5.º) O I Congresso Brasileiro de Cancer, conquanto tenha conhecimento do louvavel esforço dos mestres das nossas Faculdades, em iniciativas sempre acolhidas, de cursos mais ou menos intensivos sobre cancer, apella para as respectivas directorias dos nossos diversos estabelecimentos de ensino medico, afim de officialmente seja designado todo o

anno um dos professores, para juntamente com especialistas diversos, como exige o ensino moderno da cancerologia, realizar na ultima série medica um curso pratico-theorico sobre cancerologia.

6.º) O I Congresso Brasileiro de Cancer, ao encerrar os seus trabalhos, appella para as sociedades medicas paulistas, por intermedio dos illustres collegas de S. Paulo que tanto lustre deram ás suas sessões, para que patrocinem a realização do II.º Congresso Brasileiro de Cancer na capital de S. Paulo, daqui a 2 annos, tratando desde já da constituição de uma prestigiosa e efficiente commissão executiva promotora do mesmo.

7.º) O I Congresso Brasileiro de Cancer rende alta homenagem ao dr. Guilherme Guinle por tudo o que tem generosamente dispensado á lucta social e scientifica contra o cancer no Brasil.

8.º) O I Congresso Brasileiro de Cancer salienta o interesse demonstrado pelo actual governo da Republica na lucta anti-cancerosa no Brasil, manifestando-lhe o seu enthusiasmo por esta conducta patriotica.

9.º) Os membros do I Congresso Brasileiro de Cancer regosijam-se pelo bom exito dos trabalhos e felicitam vivamente os illustres organizadores, actual directoria da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.

10.º) O I Congresso Brasileiro de Cancer louva a iniciativa do director da Saude Publica e Assistencia Social, visando tornar immediata a campanha anti-cancerosa no Brasil, a começar pela organização proxima e o funcionamento do primeiro centro anti-canceroso no Rio de Janeiro.

11.º) O I Congresso Brasileiro de Cancer, reconhecendo o interesse demonstrado pelos insignes cancerologos Claude Rejand, James Ewing, e Apel Roffo, na lucta anti-cancerosa no Brasil, manifesta aos mesmos o seu reconhecimento.

12.º) O I Congresso Brasileiro de Cancer, reconhecendo as vantagens do programma delineado no relatório do dr. Barros Barreto, sobre a lucta anti-cancerosa no Brasil, espera ver realizadas as finalidades contidas no projecto da Liga Brasileira contra o Cancer.

ANNAES PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Summario:

	PAGS.
Pancreatite aguda edematosa com formação de pseudo-kysto do pancreas — Drs. Eurico Branco Ribeiro e Ney Penteado de Castro.	153
Tratamento do megasigma pela esphincterectomia pelvi-retal — Dr. S. Hermeto Junior.	155
Notas sobre a terapeutica anti-luetica — Dr. José de Moraes Leme.	179
Movimento scientifico paulista.	205
Literatura medica.	236
Assumptos de actualidade.	238
Imprensa medica paulista.	238
Vida medica paulista.	240

CITAÇÃO BIBLIOGRAPHICA

Pedimos encarecidamente aos nossos collaboradores que ao fazerem citação bibliographica obedeçam rigorosamente ás seguintes normas :

I. Quando se trata de PUBLICAÇÕES PERIODICAS :

Nome do autor ;
Titulo do artigo (em italico ou entre aspas) ;
Nome do jornal ou revista e logar onde é editado ;
Volume (em algarismos romanos) ;
Pagina (em algarismos arabicos) ;
Mês (dia do mês, si possivel) ; e
Anno.

Exemplo : EURICO BRANCO RIBEIRO : "Adenocarcinoma primitivo da vesicula biliaria", Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia, S. Paulo, XXVII, 431, abril de 1934.

II. Quando se trata de LIVROS E MONOGRAPHIAS :

Autor ;
Titulo da obra (em italico ou entre aspas) ;
Edição (si não fór a primeira) ;
Volume (em algarismos romanos) ;
Pagina (em algarismos arabicos) ;
Editor ;
Cidade ; e
Anno.

Exemplo : EURICO BRANCO RIBEIRO : *Estudos Cirurgicos*, I, 231, Sociedade Editora Medica Ltda., São Paulo, 1934.

Instituto Brasileiro de Microbiologia

R. Oito de Dezembro, 123 - Ender. Teleg.: "Biologia"
RIO DE JANEIRO

Orientação Científica dos DRS. ROCHA LIMA - ARTHUR MOSES - HENRIQUE
ARAGÃO - SYLVIO PRADO

Principaes preparados :

SÓROS: Anti-Diphtherico — Anti-Tetanico — Anti-Dysenterico — Anti-Estreptococcico — Anti-Meningococcico — Renal Caprino, etc.

VACCINAS: Estaphylococcica — Estreptococcica — contra a Coqueluche — Typhica — Gonococcica mixta — Pneumococcica — Pestosa — Meningococcica, etc.

ENDOGLANDINAS: (productos opotherapicos)

Especialidades pharmaceuticas :

CITROBI: Injecções indolores de bismutho. Antisyphilitico energico.

TITANOL: Novo composto de mercurio. Injecções intramusculares indolores.

GYNEGON: Lipovaccina curativa dos processos inflammatorios annexiaes.

VACCINA ANTI-INFECTUOSA I. B. M.: Antipyogenica de grande efficacia.

IMMUNICALDO: Caldo vaccina para uso local. Methodo de Besredka.

ENTERODINA: Vaccina para tratamento das enterocolites.

FLUORYL: Tratamento local dos corrimentos vaginaes.

MATERSANA: Vaccina prophylactica e curativa das infecções puerperaes.

(AMOSTRAS AOS MEDICOS)

2

Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assinatura Per 1 anno 30\$000. Per 2 annos 50\$000

Vol. XXXI

Fevereiro de 1936

N. 2

Pancreatite aguda edematosa com formação de pseudokysto do pancreas (*)

Dr. Eurico Branco Ribeiro

Cirurgião da Beneficência Portuguesa e do Sanatorio
Santa Catharina.

e

Dr. Ney Penteado de Castro

Assistente do serviço.

A muitos poderá parecer estranhavel o titulo dado a esta communicação. Mas pelo desenvolvimento da observação clinica que vamos relatar e das considerações que a seguir faremos facilmente se compreenderá que não podiamos encontrar outro que melhor conglobasse as phases evolutivas que a molestia do nosso doente apresentou.

Trazendo á publicidade um simples caso, nada mais intentamos do que collaborar modestamente para a divulgação de um ainda confuso capitulo da cirurgia, que só agora vem despertando a attenção dos estudiosos e que, por isso mesmo, necessita da pedrinha de cada observador para constituir-se no edificio solido das verdades consumadas.

Eis, em resumo, o nosso caso:

L. T., casado, branco, lavrador, 34 annos, yugoslavo, residente em Villa Marianna, nesta capital.

Historia da molestia actual: a 4 annos, acordou uma noite, ás 22 1/2 horas, com uma dor subita localizada no epigastrio, no meio da linha xypho-umbilical; era uma dor constrictiva, que se irradiava de diante para traz,

(*) Communicação feita á Associação Paulista de Medicina, Secção de Cirurgia, em 11 de novembro de 1935.

para a região lombar; attingiu rapidamente ao maximo de sua intensidade; era tão forte que o fazia chorar; era continua e não apresentava oscillações de intensidade. Passou a noite toda com essa dor, que no dia seguinte se generalizou por todo o abdome. Fez applicações locais de panos embebidos em agua quente, não tendo com isto sentido allivio algum. A posição em que melhor se achava era com o corpo um pouco flectido para a frente; a tosse e os movimentos não influíam sobre a intensidade da dor. O doente, muito agitado, andava de um lado para outro sem parar. Não teve nauseas, vomitos nem retenção de fezes ou gazes; sentia-se muito fraco, tendo abundantes suores frios. O seu estado não se modificou nesse dia nem na noite seguinte: no fim do segundo dia as dores diminuíram rapidamente de intensidade, acabando por desaparecer completamente. Passou em seguida cerca de 8 mezes perfeitamente bem e sem nada sentir, quando um dia, pela manhã, antes de almoçar, sentiu subitamente uma dor muito intensa na região lombar, que se irradiou logo para deante, localizando-se com o maximo de intensidade no epigastrio entre a cicatriz umbilical e o appendice xyphoide; no fim de algumas horas se irradiou deste ponto para os hypochondrios direito e esquerdo. Julgando que melhoraria se vomitasse, introduziu um dedo na garganta, conseguindo vomitar um pouco, mas com isto a dor não soffreu alteração alguma. No fim do terceiro dia, como não se sentisse melhor, resolveu se internar em um hospital de Montevideu, onde se achava nessa occasião; no hospital o unico tratamento que recebeu foi a applicação de uma bolsa com gelo sobre o ventre, com o que a dor cedeu um pouco, durando, porém, ainda tres dias. Disseram-lhe que tinha um ulcera no estomago e que era necessario que se submettesse a uma intervenção cirurgica. Foi por isso levado á sala de operações, porém no ultimo momento se recusou terminantemente a ser operado; retirou-se do hospital, passando em seguida uns seis mezes sem nada sentir, voltando no fim desse tempo a ter nova crise dolorosa em tudo identica ás anteriores, excepto na duração: apenas quatro horas. De então para cá, as crises se reproduziram cerca de dez vezes, com longos periodos de acalmia, nos quaes nada sentia. Veiu para o Brasil, tendo aqui consultado um clinico, que lhe disse ser uma molestia do figado, causada pelo abuso do alcool. A ultima crise dolorosa se manifestou no dia 21 de junho de 1935, sendo obrigado a suspender o trabalho que iniciára momentos antes. A dor desta vez foi muito mais intensa que das vezes anteriores, com irradiação para a esquerda; foi internado então no Sanatorio S. Catharina, em nosso serviço.

Antecedentes pessoaes: sempre abusou do alcool, bebendo sobretudo vinho e aguardente; tem appetite regular; nega antecedentes venereo-syphílicos; febre typhoide na infancia.

Antecedentes familiares: sem importancia para o caso.

Exame clinico: exame no dia 21—6—1935. O doente se apresentava agitado, ansioso, com ligeira hyperthermia, pulso accelerado. Abdome com paredes relativamente flacidas, não apresentando ponto doloroso bem determinado; sensibilidade augmentada á palpação profunda na metade superior do abdome, principalmente á direita.

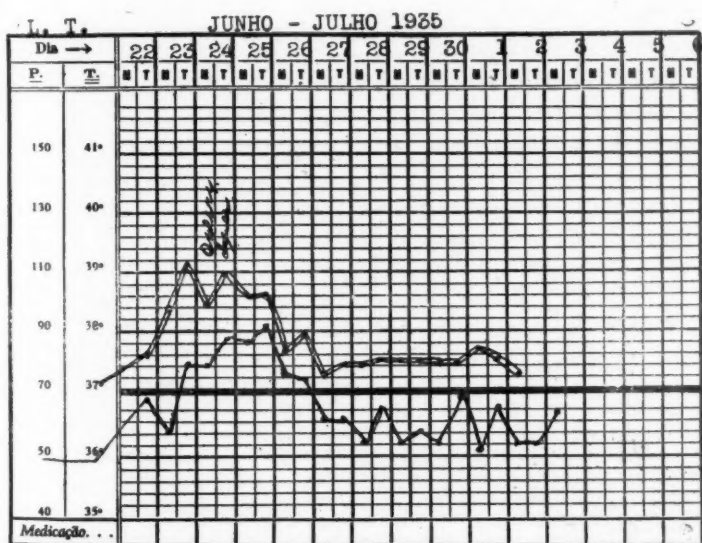
Nos dias 22 e 23 as dores diminuíram um pouco de intensidade; á palpação notava-se certa defesa muscular para o lado do hypochondrio direito e sensibilidade augmentada na fossa iliaca direita. Temperatura 39°. Pulso, 78.

Exames complementares: tempo de coagulação, 12'; tempo de sangramento 1' 30". Exame de urina: reacção acida; traços accentuados de albumina; sedimento: grande quantidade de cellulas descamadas e cylindros hyalinos, raras hematias, 5 a 6 leucocytos por campo.

Sangue — leucocytos: 19.800; hematias: 5.940.000; hemoglobina: 100 %; valor globular: 0,9. (Dr. Sylvio Boock).

Infelizmente não foram feitas pesquisas do açúcar e da acetona e ácido diacético na urina, que no caso eram de grande interesse. Como persistissem as dores, foi dispensado o exame radiológico, impraticável diante do estado do doente.

O diagnóstico feito foi o de provável perfuração de úlcera gástrica, em zona protegida. Operação n.º 3.727 em 24 de junho de 1935. A intervenção foi executada com a anestesia raquiana; anestésico Sclerocaina a 5 %; anesthesista: dr. Eurico Branco Ribeiro; auxiliar, dr. João Noel v. Sonneithner. Incisão paramediana direita, pararectal interna. Aberta a cavidade abdominal, encontrou-se uma tumoração por trás do estômago, de difícil localização, dando a impressão de uma infiltração inflamatória ou cancerosa. Para melhor exame, foi feita uma brecha no grande epiplon, encontrando-se uma infiltração edematosa, subperitoneal, que to-



mava o pâncreas e vizinhanças; o pâncreas estava aumentado de volume, com consistência aumentada, dando ao tacto a impressão de tecido lardáceo. Pela palpação da vesícula foram encontrados numerosos cálculos, resolvendo-se então fazer uma colecystectomia. Tentou-se executar uma colecystectomia retrógrada, tendo porém sido perfurada a vesícula ao se proceder a identificação do cystico, com saída de bile e alguns cálculos, que caíram na cavidade; foi então feita uma colecystectomia anterógrada. Não se palpavam cálculos no coledoco. A brecha do grande epiplon não foi fechada. Fechamento do abdome por planos.

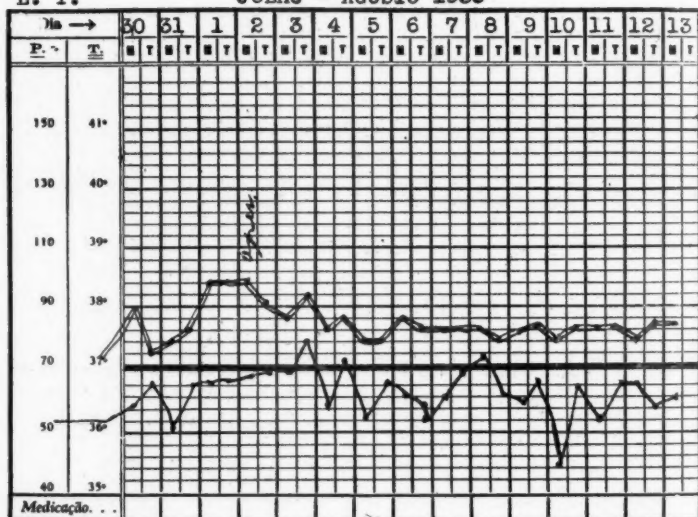
Post-operatório sem incidentes; as dores cessaram quasi que por completo. Depois de sair do Hospital, notou o doente a presença de um tumor no epigastrio, um pouco á direita da linha mediana, onde sentia algumas pontadas de fraca intensidade, ás quaes não deu importancia. Essas pontadas augmentaram de intensidade, tornando-se tambem mais frequentes, principalmente durante o dia, sendo raras á noite; eram dores fugazes, que duravam poucos minutos, desapareciam, para voltar pouco

depois; tornavam-se mais intensas com o decubito lateral esquerdo. 15 dias depois de ter obtido alta do Hospital, começou a ter dores intensas na região lombar esquerda e flanco esquerdo, que foram acompanhadas de icterícia, leve no início, mas que se accentuou rapidamente; o tumor do epigastrio augmentou muito de volume. Como seu estado peorasse, voltou a se internar no Sanatorio Santa Catharina em fins de julho.

Apresentava-se então com intensa icterícia; no epigastrio, um pouco á direita da linha mediana, notava-se um tumor alongado, pouco movel com a respiração; á palpação verificou-se que esse tumor apresentava uns 12 cms. de comprimento, no sentido vertical, por 6 de largura; indolor á palpação; superficie irregular; os seus limites superiores e lateraes eram bem nitidos, o que não acontecia com o inferior; pouco movel, não apresentava sensação de fluctuação. Região lombar, hypochondrio e flancos

L. T.

JULHO - AGOSTO 1935



esquerdos muito dolorosos á palpação; a palpação na iliaca direita e esquerda, hypogastrio e epigastrio não despertava dor alguma. Temperatura 38.4. Pulso 68 por minuto.

Exames complementares: Exame de urina: albumina, traços accentuados; glycose e acetona não foram encontradas; exame do sedimento: numerosas cellulas de descamação, 10 a 12 leucocytes por campo, raros cylindros hyalinos, numerosos crystaes de phosphato ammoniaco-magnesiano. Sangue: tempo de coagulação 13'; tempo de sangria 2'30". Globulos vermelhos, 4.360.000. Globulos brancos, 12,600. Taxa de hemoglobina, 80 %. Valor globular 0,9. Reserva alcalina 48,7 %, em 30—7—1935. (Dr. Sylvio Boock).

A tubagem duodenal, realizada por duas vezes, permittiu a retirada de biles A e C em regular quantidade, que se escoavam com abundancia pela sonda. Eentretanto a ictericia não regredia, mas, pelo contrario, se accentuava visivelmente e o doente continuava a se queixar de dores cada vez mais violentas no flanco esquerdo e região lombar esquerda, dores essas

continuas, sem irradiação e de tal intensidade que o impediam de dormir. Foi feita então nova intervenção no dia 2 de agosto de 1935.

Operação n. 3.825. Anesthesia racheana com Scurocaina a 5%; quantidade 3 c.c. Anesthesia e cirurgia, dr. Eurico Branco Ribeiro; auxiliar, Ney Penteado de Castro. Incisão paralela á cicatriz da intervenção anterior, e um pouco para fóra, sobre o tumor. Aberto o peritонеo, encontrou-se o epiploon recobrimdo o tumor; foram ligados alguns vasos do epiploon; afastado este, encontrou-se um tumor kystico, situado abaixo da grande curvatura do estomago e que se prolongava para traz da retrocavidade dos epiploons. A palpação desse tumor, tinha-se nítida sensação de flutuação; pela punção retirou-se cerca de um litro de liquido ligeiramente turvo, de cor amarello-citrino ao se tentar augmentar a abertura feita na parede do kysto, foi retirado do seu interior um fragmento de tecido parecendo necrosado. A cavidade do kysto foi drenada com tubo de borracha. Fechamento do abdome por planos. Duração da operação: 52 minutos.

Post-operatorio: a temperatura que era de 38°,4 cahiu no terceiro dia após a intervenção a 37°,4, continuando, com pequenas oscillações em torno de 37°,5 até o dia 13, voltando em seguida á normalidade. Nos dois dias que se seguiram á intervenção, appareceram vomitos biliosos; que foram combatidos por medicação anti-acidosica. A reserva alcalina determinada pelo dr. Sylvio Boock, deu resultado de 51 %, no dia 3 de agosto de 1935. As dores do flanco esquerdo e região lombar esquerda desapareceram completamente após a intervenção; a ictericia regrediu rapidamente. Pelo dreno deixado se escoava um liquido transparente, amarello, no qual foi pesquizada a presença de trypsina, resultando positiva (dr. Sylvio Boock). Após a retirada do dreno, a 20 de agosto, persistiu um fistula pancreatica, que só se fechou no inicio de setembro, deixando de verter liquido pancreatico a partir do 10 desse mês.

O exame histologico do fragmento de tecido retirado do interior do kysto não permittiu o diagnostico de sua natureza, por estar esse tecido completamente necrosado. (Dr. M. J. C. Monteiro de Barros Netto). Havia leucocytos degenerados no liquido colhido.

No dia 19 de outubro de 1935 o doente voltou a procurar o Serviço, tendo se hospitalisado na Beneficencia Portuguesa. Contou que após ter tido alta do Hospital Santa Catharina, no inicio de setembro, passou uns dez dias em completo repouso, sentindo-se perfeitamente bem. Deixou então o leito, mas dois dias depois começou a sentir dores na região lombar e flanco esquerdos. No inicio essas dores eram fugazes, de pouca intensidade, e desapareceriam com o repouso ou mesmo expontaneamente; mais tarde, porém, se tornaram muito intensas, continuas, não desaparecendo nem mesmo com o repouso. Passou assim até o inicio de Outubro, quando notou a presença de um tumor do tamanho de uma noz no epigastrio, tumor esse que foi se avolumando até attingir o tamanho de uma laranja. As dores do flanco esquerdo tornaram-se muito intensas, pelo que resolveu procurar novamente este Serviço.

Exame physico: o doente se apresentava calmo, com bom aspecto geral, pulso a 74 por minuto, com 36°,2 de temperatura. Abdome inferior plano, sem sinais de onda ou de maciszez movel. Ausencia de circulação collateral. No meio da linha xypho-umbilical era visivel um tumor, duro á palpação, de superficie regular, com limites bem nitidos, medindo 6 cms. de diametro, pouco mobilizavel, não adherente á parede abdominal e que não dava sensação de flutuação. Não se deslocava com os movimentos respiratorios.

Tratava-se evidentemente de um pseudo-kysto do pancreas, que voltou a se formar apoz a intervenção anterior. Resolveu-se então praticar a marsupialização do pseudo-kysto, o que se fez a 18 de outubro.

Operação n.º 4.025, sob rache-anesthesia com 2,80 c.c. de Scurocaina a 5 %, tendo sido retirados 5 c. c. de liquor. Operador: dr. Eurico Branco Ribeiro. Auxiliar: dr. Ney Penteado de Castro. Incisão paramedian. Marcha da operação: feita a incisão d'apelle e do tecido cellular subcutaneo, encontrou-se, recobrimdo a tumor, o epiploon, que foi afastado após ligadura de alguns vasos que sangravam. Tornou-se então visivel um tumor de parede lisa, avermelhada, de consistencia elastica. A capsula desse tumor foi incisada, retirando-se um pequeno fragmento de tecido gorduroso. Aprofundou-se a incisão, tendo sido retirado novo fragmento parecendo de tecido pancreatico; com isto foi aberta uma cavidade de paredes regulares, contendo cerca de 100 c.c. de liquido amarello citrino. Ao tacto percebia-se profundamente, no lado direito, um pequeno orificio na parede do pseudokysto. Foi em seguida praticada a fixação da parede do pseudokysto ao peritoneo parietal e fechada a cavidade.

O post-operatorio decorreu sem incidentes e o doente retirou-se do hospital, alguns dias depois, com a sua fistula vasando succo pancreatico. Em 9 de novembro o dr. Antonio Rodrigues Netto ainda encontrou trypsin no liquido colhido da fistula. O fragmento retirado da parede do pseudokysto revelou "dilatação kystica do ducto pancreatico; existencia de tecido pancreatico; fibrose do tecido peripancreatico — signaes de inflamação chronica" (Prof. Carmo Lordy).

Diagnostic: O diagnostico inicial era o de provavel perfuração de ulcera gastrica; esse diagnostico entretanto não foi confirmado durante o acto cirurgico. Por outro lado o aspecto do pancreas, augmentado de volume, edematoso, a infiltração do peritoneo prepancreatico e a evolução ulterior do caso nos levaram ao diagnostico de pancreatite aguda edematosa, com formação de pseudokysto do pancreas em portador de cholelithiase, pois, como vimos, foram encontrados varios calculos na vesicula biliar, que foi retirada na primeira intervenção.

CONSIDERAÇÕES GERAES

Denominação — A pancreatite edematosa é tambem denominada "edema pancreatico agudo" (Zœpfell), "pancreatite intersticial aguda" (Elman), "pancreatite sub-aguda" (Stetten), mas a denominação mais apropriada nos parece ser a de pancreatite aguda edematosa, pois se trata de um processo inflammatorio que se installa abruptamente e que tem de particular a formação de um processo edematoso accentuado.

Historico — Uma das primeiras observações publicadas a respeito da pancreatite aguda edematosa foi a de Koerte, que em 1898 escreveu uma monographia relatando varios casos operados com o diagnostico de obstrucção intestinal, tendo, porém, sido encontrado na intervenção cirurgica apenas o pancreas augmentado de volume e edemaciado. Mais tarde Halsted e Mercadé fizeram observações semelhantes e Villard em 1909 relatou um caso de pancreatite edematosa typica. Heiberg, em 1914, mencionou casos de pancreatite intersticial aguda sem suppuração e susceptivel de regredir expontaneamente; acreditava ser esse processo um estadio precoce da pancreatite chronica. Em 1912 Zœpfell

publicou a observação de 4 casos, nos quaes encontrou no acto cirurgico o pancreas augmentado de volume, duro, edemaciado, sem signaes de necrose nem de hemorragia; o edema se estendia pelo mesocolon e epiploon gastro-hepatico. Fez a biopsia em dois casos, tendo observado ao exame microscopico apenas um edema inflammatorio; denominou esse processo de edema agudo do pancreas, considerando-o como um estadio precoce da pancreatite aguda necrotica. A communicação de Zæpfell despertou grande interesse e desde então varios outros casos foram publicados, de tal modo que se deixou de considerar esse processo como de raridade extrema.

Walzel estudando 52 casos de pancreatite aguda encontrou 3 apenas em que o edema se apresentava isolado, sem ser acompanhado de necrose nem hemorragia; é de opinião que este edema nada tem que ver com o typo de pancreatite que termina com a necrose do pancreas, divergindo por consequente da idea de Zæpfell. Na França, Brocq, em 1926, conseguiu reunir 9 casos, dos quaes 4 eram os de Zæpfell, e após sua publicação surgiram 15 novos casos na literatura franceza relatados por varios autores: Tuffier, Barthelemy, Gautier, e pelo proprio Brocq.

Nos Estados Unidos, Edward Archibald foi o primeiro a descrever um caso de edema agudo do pancreas, apparecendo, depois 3 observações de Witt Stetten e 4 de Robert Elmann, que em 1930, revendo a literatura mundial, conseguiu reunir 37 observações, das quaes 4 pessoas.

Na Argentina foram relatados 10 casos: 3 de Pasmann, 3 de Llambias, 33 de Masciottra e Varela Chilense e 1 de Raul Penin.

No Brasil temos noticia de 3 casos publicados: 2 de Joaquim A. de Britto e 1 de Guilherme G. Vianna.

O assumpto despertou a attenção dos grandes centros cirurgicos, de tal sorte que o XXIII Congresso Francês de Cirurgia, reunido em Quebec, Canadá, em 1934, elegeu para um de seus temas os "Syndromas pancreaticos agudos". Alem de importantes trabalhos então discutidos, varios outros tem sido ultimamente publicados nas revistas medicas, podendo-se avaliar actualmente em pouco mais de 50 os casos que a literatura consigna e nos quaes a pancreatite aguda edematosa foi perfeitamente identificada.

Anatomia pathologica. — O edema pancreatico e peri-pancreatico constitue o caracteristico principal da pancreatite aguda edematosa. O pancreas se apresenta infiltrado pelo edema, com volume maior e de consistencia augmentada; não ha necrose e a hemorragia é minima ou falta por completo como acontece na maioria dos casos. Ha uma infiltração edematosa dos tecidos

gordurosos da vizinhança, que se pode propagar também para o meso-colon, o epiploon gastro hepatico e o peritoneo pre-pancreatico, que se apresentam como se tivessem sido infiltrados com anesthesico. Esse edema pode ser esverdeado ou amarelado, coloração devida á presença da bile, quando ha refluxo da secreção hepatica e ruptura dos canaes pancreaticos. Manchas de cytoesteatonecrose existem em cerca de 50 % dos casos. Quando ha ruptura do preperitoneo, encontra-se na retrocavidade dos epiploons uma certa quantidade de liquido ora turvo, ora colorido pela bile. Têm sido assignalados focos de necrose, que, com a evolução do processo, transformam-se em tecido cicatricial.

Ao exame histologico, o tecido intersticial acha-se infiltrado por liquido de edema, ao lado de discreta infiltração de leucocytes polymorphonucleares. Os acinos estão mais ou menos comprimidos pelo edema. As cellulas do parenchyma apresentam estrutura normal, sem signaes de necrose, no primeiro estadio.

Interpretação do processo. — A interpretação deste processo pathologico acha-se ainda em discussão. Afóra a concepção de Roger Couvelaire, que condiciona o edema agudo do pancreas a uma vaso dilatação capillar devida a um phenomeno anaphylactico, outros conceitos tem sido emittidos para explicar o processo dentro de uma manifestação inflammatoria. Zæpfell, que o denominou de edema pancreatico agudo, considera-o como uma phase precoce da pancreatite aguda necrotica; a hemorragia e a necrose appareceriam em uma phase posterior, caso a marcha do processo não fosse evitada por uma intervenção opportuna.

Schmieden e Sebening reviram 2.137 casos de pancreatite aguda, obtidos em 148 clinicas da Allemanha, concluindo que o edema fazia parte da pathologia da pancreatite aguda na sua phase inicial; concordaram portanto com a idéa de Zæpfell, notando porém que em certos casos o edema podia regredir expontaneamente, sem haver lesões pancreaticas posteriores.

Kerschner, Leveuf, Ockinczc opinam também que a pancreatite edematosa é um estadio precoce da pancreatite aguda hemorragica e necrotica, podendo entretanto em certos casos se apresentar como uma forma benigna e se curar expontaneamente.

Soupault vae alem, achando desnecessario dar uma denominação á parte a esse processo pancreatico, que considera como uma pancreatite aguda e banal, com reacção mais ou menos accentuada de edema intra e peripancreatico. Brocq acha que do ponto de vista objectivo, operatorio, mas não anatomo-pathologico ou etiologico, convem conservar a denominação de pancreatite edematosa, porque corresponde a um aspecto especial do orgão, que todo cirurgião deve conhecer. As lesões em alguns casos seriam

benignas, curáveis espontaneamente, ao passo que em outros casos precederiam a necrose, que pode não ser evitada pela intervenção cirúrgica.

De outro lado se collocam os autores que consideram a pancreatite edematosa como uma entidade clínica e anatomo-pathologica especial: seria uma forma sub-aguda, attenuada de pancreatite, que termina por regredir espontaneamente, sem chegar á necrose. São desta opinião Walzel, Elmann, Polya, De Witt Stetten, Archibald, Santy, Wertheimer e outros.

Archibald e Stetten admittem a possibilidade desta reforma sub-aguda de pancreatite em certas circumstancias poder evoluir para a forma necrotica, e a pratica vem confirmar sobrejamente esta opinião. Os que affirmam ser a pancreatite edematosa uma entidade clínica e anatomo-pathologica especial, e não um mero estadio precoce da pancreatite aguda necrotica, se baseiam nos seguintes factos: a) ausencia de necrose, hemorragia ou suppuração do pancreas, que se apresenta apenas edemaciado, como se nota pelo exame macro e microscopico; b) o tempo decorrido entre o inicio dos ataques dolorosos e a intervenção cirúrgica em muitos casos variava entre dois dias e varias semanas e no entanto não foram encontrados traços de hemorragia ou necrose, como era de esperar si se tratasse apenas de uma phase premunitoria da pancreatite aguda hemorragica ou necrotica; c) em grande numero de casos, anteriormente á operação já se tinham verificado numerosos ataques dolorosos, alguns datando de annos, atraz, e em todos esses casos o processo regrediu espontaneamente.

Molanguet propoz uma theoria eclectica, considerando duas formas de pancreatite edematosa: uma das formas representaria o inicio da pancreatite hemorragica e cytoesteatonecrotica, e a outra seria um processo que regrediria sem chegar á necrose. Parece ser esta a corrente que está com a razão. A evolução do processo dependeria, a nosso ver, da virulencia dos germens existentes nas vias biliaria ou pancreatica, do grau de activação dos fermentos pancreaticos, da maior ou menor suffusão de bile e das lesões vasculares aggregadas.

Pathogenese. — A pathogenese deste processo encerra tambem numerosos pontos obscuros, ainda não completamente elucidados.

Maugeret, Deaver e Sweet foram os pioneiros da theoria infecciosa. Zepfell considerava a pancreatite aguda edematosa como uma complicação da lithiase biliaria, o que não foi plenamente confirmado, pois se observaram casos em que não havia lithiase biliar concomitantemente.

Edward Archibald fez interessantes estudos experimentaes sobre a acção da bile injectada no ducto pancreatico do gato,

TODAS AS
NEURALGIAS
REBELDES

SEDAÇÃO
RÁPIDA E
ATOXICA

TODAS AS
NEVRAXITES
E SEQUÊLAS

NAÏODINE

A

2

FORMAS

B

SOLUÇÃO NORMAL

1%

INTRA-MUSCULAR

Empolas Amarellas

SOLUÇÃO CONCENTRADA

5%

INTRA-VENOSO

Empolas Azues

INJEÇÕES INDOLORES

Dose por dia : de 10cc. a 20cc.

Fabricação no Brasil com licença especial dos lab. E. LOGEAS

R. AUBERTEL & C^{IA} L^{DA} - Agentes Exclusivos - CAIXA 1344 - RIO DE JANEIRO



Dois alimentos que constituem uma verdadeira fonte de saúde tanto para as crianças como para os adultos.

KARO e MAIZENA DURYEA são conhecidos e recommendados pelos medicos no mundo inteiro.

MAIZENA BRASIL S. A.

Caixa 2972

São Paulo

Drs. M. O. Roxo Nobre - Raul Braga

RADIOTHERAPIA

**INSTALAÇÃO PARA TRATAMENTO RADIOLOGICO,
PROFUNDO E SUPERFICIAL. - APLICAÇÕES DE
DOSES FRACCIONADAS E PROTRAHIDAS NA THE-
RAPEUTICA DOS TUMORES. - TRATAMENTO DE
AFECÇÕES NEUROLÓGICAS, CLÍNICAS E POST-
OPERATORIAS. - THERAPIA SUPERFICIAL EM
TODAS AS INDICAÇÕES DERMATOLÓGICAS.**

Moderna aparelhagem Siemens e Reiniger

RUA SENADOR PAULO EGYDIO, 15. SALAS 607-9. PHONE: 2-5831

Das 14 ás 17 horas

tendo chegado a conclusões interessantes: verificou que a bile normal, sem contaminação, injectada com baixa pressão no ducto pancreatico desse animal provocava no fim de pouco tempo um intenso edema do pancreas, o qual aumentava muito de volume e se tornava mais duro que o normal; não havia porém nem hemorragia nem necrose, e o processo desaparecia no fim de poucos dias, voltando a glandula ao estado normal. Ao exame microscopico havia notavel infiltração edematosa do tecido intersticial, ao lado de leve reacção inflammatoria; não havia alteração estrutural das cellulas glandulares.

Si a bile injectada fosse infectada previamente, os efeitos seriam muito mais intensos, sobrevindo hemorragia e necrose do orgam. Concluiu pois que a reacção do orgam dependia da esterilidade ou contaminação da bile injectada. Tomando conhecimento dos trabalhos de Zœpfell, foi levado a admittir que no homem factio identico se daria: pelo espasmo do esphyncter de Oddi haveria affluxo da bile no ducto de Wirsung, o que causaria o processo da pancreatite edematosa, tanto mais que Opie, em 1903, observára um caso de pancreatite aguda por encravamento de um calculo na empola de Vater. O refluxo biliario pode-se verificar quando ha o espasmo do esphyncter de Oddi, o encravamento de um calculo biliar na ampola de Vater, e nos casos de inflammação intensa das paredes da empola de Vater. Con testa porém que o edema evolua sempre para a necrose, como admite Zœpfell, é de opinião que o edema se reabsorve e resolve em geral expontaneamente dentro de alguns dias, si abandonando a si mesmo, sem caminhar para a necrose. Apenas em casos raros poderia chegar á necrose.

Calzavara repetiu as experiencias de Archibald, empregando cães em lugar de gatos, e verificou que com a injectão de bile no canal pancreatico obtinha uma pancreatite edematosa si o animal estivesse em jejum, ao passo que se manifestaria uma pancreatite hemorragica que terminava pela necrose se a injectão de bile fosse feita durante o periodo de digestão; no primeiro caso não haveria activação dos fermentos pancreaticos pela bile, emquanto que no segundo caso essa activação se daria e surgiriam a hemorragia e a necrose, consequentes á acção desses fermentos. Na realidade ignora-se ainda por que em alguns casos a acção dos fermentos é impedida, emquanto que em outros é favorecida. O certo é que no periodo post-prandial as lesões do pancreas assumem maior gravidade, como bem salientou Eurico S. Bastos no seu recentissimo livro sobre a Cirurgia do Pancreas, e como provaram Brocq e Morel com as suas experiencias injectando bile nos canaes pancreaticos fóra e durante o periodo de digestão.

Entretanto nada provava que no homem pudesse haver refluxo biliar pelo canal de Wirsung, consequente ao espasmo do esphincter de Oddi, sendo essa possibilidade negada pela grande maioria dos autores. Mann e Giordano se dedicaram ao estudo desta questão, verificando em uma série de 200 autopsias, que si em 80 % dos casos o refluxo biliar para o ducto pancreatico era impossivel, mesmo com o espasmo da empola de Vater, em 20 % tal occurencia era perfeitamente possivel. Surgiram depois observações de casos de kysts pancreaticos em que após a drenagem havia escoamento de bile pelo dreno, indicando que o refluxo de bile para o canal de Wirsung se fazia mais ou menos livremente; casos semelhantes a estes foram relatados por Popper, de Vienna. O achado frequente do edema amarellado ou esverdeado tambem fala a favor da passagem da bile pelo canal de Wirsung, bile essa que iria provocar o appparecimento da lesão pancreatica.

Entretanto necessario é reconhecer que o problema da pathogenese da pancreatite aguda edematosa não está ainda resolvido de modo definitivo, sendo necessario maiores estudos afim de se esclarecer perfeitamente a questão.

Symptomatologia. — O symptoma principal e o mais alarmante da pancreatite edematosa é a dor. A dor nunca falta e apparece antes dos outros symptomas: é o drama pancreatico de Dieulafoy. E' uma dor atroz, violenta, que ás vezes não se acalma nem com o emprego da morphina, mesmo com injeccões repetidas. No dizer de Moynihan "de todas as dores que o corpo humano pode soffrer aquella é a mais aguda". E' comparada muitas vezes a uma punhalada, outras a uma constricção brutal no epigastrio, donde a grande porcentagem dos casos que chega á mesa com o diagnostico de perfuração de ulcera gastrica ou duodenal.

A dor localisa-se no epigastrio, no meio da linha xypho-umbilical, algumas vezes á esquerda dessa linha, outras á direita, correspondendo á zona pancreatico-choledociana de Chauffard. A irradiação da dor em geral se dá para a esquerda, até o flanco, ou ás vezes para a direita, outras vezes ainda para ambos os lados, dando a sensação de barra epigastrica. E' frequente a irradiação para a região, lombar esquerda; mais raramente se dá para a espada e hombro esquerdos. Apparece subitamente, muitas vezes á noite, manifestando-se logo com grande intensidade, e não apresenta oscillações, durante varias horas ou mesmo dias, quando o doente não é operado logo.

Essas crises dolorosas são separadas por periodos longos de varios meses, em que o doente nada sente, nos casos recidivantes, aliás não muito frequentes.

A dor é acompanhada de náuseas e vômitos alimentares ou biliosos, sendo também frequente a retenção de gases e fezes em virtude do íleo paralytico reflexo que se produz, razão pela qual a pancreatite edematosa é muito communmente diagnosticada como obstrucção intestinal.

Os symptomas geraes são na maioria das vezes muito mais benignos que na pancreatite hemorragica. O doente pode se apresentar com ansiedade maior ou menor, com signaes de choque em geral pouco nitidos, faltando mesmo na maioria das vezes: palidez não muito accentuada, leve cyanose, e mais raramente suores frios. O pulso um pouco accelerado cheio; a temperatura sobe um pouco e em geral oscilla em redor de 38°. O doente fica ligeiramente agitado, não tanto como na colica hepatica, mas não apresenta a immobibilidade das crises da perfuração gastro-duodenal, como accentua Philip Hawe.

Esses symptomas tendem a regredir no fim de algum tempo, o que não acontece no caso de pancreatite hemorragica, quando tendem, pelo contrario, a se accentuar.

O exame physico do abdome pouca coisa informa: raramente ha uma defesa muscular pronunciada, uma rigidez como de madeira; mais communmente não ha contractura muscular, mas apenas uma leve resistencia diffusa notada principalmente na metade superior; a palpação é sempre dolorosa, principalmente a palpação profunda; em casos especiaes pode-se palpar profundamente um tumor alongado de consistencia dura: o pancreas, augmentado de volume.

Stteten cita a possibilidade de se encontrar uma zona de Head no flanco esquerdo, ou na altura da 8.^a e 10.^a costellas esquerdas.

Quanto aos exames de laboratorio, em alguns casos tem sido pesquisada a glycose na urina, não sendo concordantes os resultados: em alguns casos ha ausencia de glycosuria, em outros ha glycosuria discreta, e em outros ainda, glycosuria notavel.

A dosagem da diastase na urina é de maior valor, pois se apresenta sempre muito augmentada: um valor acima de 100 unidades fala muito a favor da hypothese de pancreatite aguda.

Diagnostico: O diagnostico das pancreatites agudas em geral é um dos mais difficeis e frequentemente é feito apenas na mesa operatoria, para onde o doente é levado com um diagnostico bem differente. O diagnostico differencial, deve ser estabelecido com os seguintes processos: ulcera gastrica perfurada, colica hepatica, empyema da vesicula, obstrucção intestinal, lithiase renal, thrombose da coronaria, thrombose da mesenterica, crises gastricas tabeticas, rupturas de prenhez ectopica, torsão do pediculo de kysto do ovario e pneumoperitoneo, pois todos elles podem apresentar um quadro muito semelhante ao da pancreatite aguda; são

portanto indispensaveis para o diagnostico uma anamnese minuciosa e o exame physico cuidadoso, o mais completo possivel.

A grande intensidade da dor epigastrica, sua tendencia a se irradiar para a esquerda, flanco e região lombar, o seu apaprecimento subito, acompanhada de vomitos e de signaes de colapso no fim de pouco tempo, a escassez de signaes physicos verificada pelo exame do abdome — defeza pouco pronunciada, limitada em geral á parte superior, ausente outras vezes, palpação pouco dolorosa são symptommas que falam a favor da pancreatite aguda. Como bem salienta Mondor, o diagnostico da pancreatite aguda é feito pela comprovação paradoxal, da intensidade notavel dos signaes funcçionaes, precocidade dos signaes geraes e pobreza relativa dos signaes physicos.

Cirus Horine chama a atenção para a leucocytose muito frequente na pancreatite aguda e cujo valor é em media de 20.000 leucocytos por mm.³. Uma leucocytose tão accentuada não seria encontrada: na thrombose da coronaria, thrombose da mesenterica, obstrucção intestinal, crises gastricas tabeticas, prenhez ectopica rota, torsão de pediculo de kysto do ovario, pneumoperitoneo e logo após a perfuração da ulcera gastrica. Leucocytose identica poderia se encontrar na perfuração da ulcera gastrica algumas horas após a perfuração, na appendicite aguda, e nas infecções agudas da vesicula biliar ou ductos biliares.

A contagem dos globulos brancos constitue assim mais um elemento de que se deve lançar mão para o diagnostico differencial.

Tratamento da pancreatite edematosa. — A conducta cirurgica nos casos de pancreatite edematosa não está ainda bem estabelecida; ha cirurgiões que se limitam a drenar a retrocavidade dos cpiploons depois de praticar ou não uma larga brecha no peritoneo pré-pancreatico afim de melhorar a circulação e diminuir a congestão do orgam, não se preocupando com as lesões das vias biliares. Esta conducta tem por fim respeitar o estado geral do doente, causando o minimo choque possivel.

Outros cirurgiões alem da drenagem da retrocavidade tratam tambem das lesões das vias biliares praticando, seja uma cholecystostomia, seja uma cholecystectomy. No primeiro caso são retirados os calculos e a drenagem da vesicula é mantida por um ou dois meses sendo então praticada a cholecystectomy.

Brocq, em artigo recente (fevereiro de 1935) salienta que o tratamento das pancreatite agudas é ainda puramente empirico por não se conhecer com exactidão a natureza das lesões e os factores que as desencadeiam e precipitam sua evolução; recommenda a conducta seguinte: exploração do pancreas através de uma brecha feita no epiploon gastrocolico; incisão no peritoneo pre-pancreatico; em seguida fixação das bordas da brecha do eipploon gastro-colico ao peritoneo parietal, drenando a retrocavidade dos

epiploons essa brecha. Exploração do estomago, duodeno e vesicula, e se forem encontrados calculos biliares, praticar uma cholecystotomia. Fazer o mais cedo possivel lavagens gastricas com borato de sodio, ou administrar ao doente peptona de Witte, atropina, etc., afim de diminuir a secreção gastrica e, com esta, a secreção pancreatica.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O NOSSO CASO

O diagnostico inicial. — O nosso doente foi levado é mesa operatoria com um diagnostico de presumpção. O seu estado não permittia maiores investigações, o acto cirurgico se impunha diante da persistencia das dores e não podiamos recorrer a meios subsidiarios com que firmassemos um diagnostico mais ou menos seguro. A historia anterior de soffrimento gastrico e o facto de ter sido levado á sala de cirurgia para uma intervenção no estomago, que não foi levada a effeito por ter recusado, despertaram a nossa attenção e orientaram o nosso raciocinio para uma affecção daquella viscera. O inicio abrupto da crise e a irradiação das dores para a esquerda nos conduziram á hypothese de uma crise de perfuração de ulcera da pequena curvatura ou da parede posterior do estomago, altamente situada. A inexistencia de um "ventre de madeira" excluia uma perfuração em peritoneo livre, emquanto que a propagação para a esquerda e a persistencia das dores sem phenomenos de peritonismo vinham reforçar a idéa de uma perfuração sobre o folheto parietal da retrocavidade dos epiploons, com processo inflammatorio intenso e suas consequencias subjectivas. Pareceu-nos mais razoavel pensar, por conseguinte, numã ulcera gastrica perfurada. Errámos: o estomago estava completamente livre, mas recalcado para a parede anterior do abdome; aberto o grande epiploon, um tumor edematoso retroperitoneal, compreendendo todo o pancreas e as suas immediações. Já dissemos, atrás, que o diagnostico de perfuração de ulcera gastrica ou duodenal é frequente em taes emergencias. Ainda recentemente, em 26 d junho de 1935. Cunéo e Taillefer apresentaram á Sociedade de Cirurgia de Paris um caso de pancreatite aguda edematosa operado com o diagnostico de perfuração de ulcera.

Coexistencia de lithiase vesicular. — Em nosso caso havia uma vesicula repleta de pequenos calculos. O hilo do figado estava infiltrado, tendo chegado até elle o edema que se extendia por traz da retrocavidade dos epiploons. Estavamos em presença de dois processos pathologicos em geral correlatos: a cholelithiase e a inflamação. Pareceu-nos, no momento, que esta dependia daquella. Entretanto, o estudo dos quadros thermicos faz acreditar que a inflamação provavelmente não era de natureza in-

fecciosa, como sôe acontecer nas que se originam da lithiase, mas sim de natureza biochimica, de accordo com a interpretação que posteriormente pudemos dar ao caso. Entretanto, um processo infeccioso decorrente da existencia de calculos na vesicula podia dar o quadro que presenciavamos. Philip Hawe assevera que em 65 a 80 % dos casos de pancreatite aguda existem calculos ou cholecystite. Outro argumento consiste na frequencia maior da molestia no sexo feminino, sabidamente muito mais predisposto á lithiase vesicular.

Conducta da primeira intervenção. — Diante desses factos, está plenamente justificada a conducta que tivemos de remover uma vesicula portadora de lesões que são consideradas como causadoras de 4/5 dos casos de pancreatite aguda. Não nos pareceu razoavel fazer a simples cholecystostomia em uma vesicula repleta da pequenos calculos, com um cystico infiltrado, num doente que não tinha ictericia de retenção. Si a vesicula parecia ser um fóco de infecção, esse fóco devia ser removido. E isso foi feito. E' como têm agido varios autores em semelhantes circumstancias.

Resta discutir a conducta quanto ao edema do pancreas. Muitos aconselham a abertura do peritoneo posterior e drenagem da loja pancreatica. Outros nada fazem, acreditando na grande porcentagem de regressão da lesão edematosa após a laparotomia exploradora. Em 7 de 11 casos de pancreatite aguda operados por Hawe, foi apenas feita a celiotomia, fechando-se a parede sem drenagem nem ao menos da cavidade. Gregoire fez o mesmo diante de um tumor inflammatorio da cabeça do pancreas. Recentemente, operado um icterico de retenção por pancreatite da cabeça, limitamo-nos á retirada de um calculo solitario da vesicula e a uma cholecystostomia e verificámos, poucos dias depois, com surpresa, que o choledoco drenava francamente para o duodeno, tendo cedido como que por encanto a pancreatite retencionista. Diante desses factos, a drenagem da loja pancreatica na pancreatite edematosa não será de obrigação fazer-se.

Decurso operatorio. — O decurso post-operatorio, porém, veio demonstrar que teriamos andado mais avisados si tivéssemos deixado um pequeno dreno através de uma brecha do peritoneo posterior. Com effeito, embora nos primeiros dias o doente tivesse apresentado signaes animadores, que faziam acreditar na cura, tanto que obteve alta do hospital, não tardou a volta das dores no epigastrio, não tão fortes é verdade, mas agora intermitentes e acompanhadas da formação paulatina de um tumor profundo, com perturbações intestinaes até então inexistentes e condicionando o apparecimento de uma ictericia a principio fugaz e mais tarde a mais e mais accentuada. Que a ictericia era por compressão do choledoco provaram as repetidas entubações que

fizemos e o acto cirurgico que se seguiu. O tumor era massiço. ovalar, tenso; não se percebia flutuação, profundo e que estava limitado por tecidos infiltradqs. Acima delle, e á esquerda o tympanismo gastrico; abaixo, o do intestino grosso. Tratava-se de um pseudo-kysto do pancreas.

O pseudokysto do pancreas. — Uma tal occurrencia não é de regra verificar-se na pancreatite edematosa aguda. Em geral o pseudokysto é uma collecção liquida contendo fermento pancreaticos e ás vezes elementos da bile e que se desenvolve seja na retrocavidade dos epiploons, seja, como em nosso caso, atraz do peritoneo posterior, na loja pancreatica, á custa de uma destruição pârcial da glandula nos traumatismos, nas rupturas por compressão interna e nas pancreatites intersticiaes necrosantes. Não se trata de um verdadeiro kysto porque não possui capsula, já que é limitado pela barreira defensiva do organismo consubstanciada numa membrana inflammatoria formada nos tecidos da vizinhança. Em nosso caso, o peritoneo posterior que formava a parede superficial do pseudo-kysto tinha a espessura de cerca de 0,5 cm. e era bastante resistente. Quando a ecclosão de liquidos se dá em quantidade grande, sob pressão, com exaltação do poder digestivo dos fermentos pancreaticos, então a parede protectora não se formará com resistencia capaz de impedir a ruptura e escoamento do conteudo para a grande cavidade. A molestia assume, então, uma gravidade muito maior.

Conducta na segunda intervenção. — Quando operámos o doente pela segunda vez, limitámo-nos a abrir o pseudokysto, exgotar os seu conteudo e drenar a loja pancreatica. E' a orientação mais seguida hoje em dia. Quando o pseudokysto do pancreas passou da phase da verificação de autopsia para a phase clinica, a primeira therapeutica tentada consistiu na punção. Le Dentu praticou-a pela primeira vez, julgando tratar-se de um kysto do figado. A drenagem simples foi coroada de exito nas mãos de Lucke, já em 1866. Em 1881, Bozemann foi mais radical: procurou extirpar as paredes do tumor. No anno seguinte Gussenbauer propoz a fixação do kysto ao peritoneo anterior, tornando-se, por muito tempo, a marsupialização como o tratamento de escolha. Não obstante isso, os autores modernos tendem á simples drenagem, já que a extirpação só seria razoavel nos kystos verdadeiros e que a marsupialização estabeleceria um tabique fibroso que poderia comprometter senão a vida pelo menos o socego do doente.

Sequencia do caso. — O nosso caso teve uma sequencia feliz. A fistula pancreatica que se seguiu ao acto cirurgico não teve duração demasiada: em menos de 40 dias estava extincta. Stern observou um caso em que a fistula persistiu por mezes, quando

varias tentativas cirurgicas fracassaram, de sorte que 2 annos mais tarde o doente ainda era portador da sua fistula. E' facil avaliar-se a disparidade dos casos. Na necrose da cauda, regressão das lesões se fará, sem duvida, mais rapida do que na necrose da cabeça; em necroseo parciaes do corpo a evolução não será a mesma que em necrose que abranja um ducto excretor de grande calibre, que carreie a secreção de uma zona extensa do organo. Assim, em nosso caso a evolução faz crer a necrose do pancreas foi bastante extensa, tanto que foi observado um exvasiamento de liquido que obrigava, nos primeiros dias, a trocar-se curativo duas a tres vezes. E' digno de registo que o augmento da secreção se dava principalmente quando o doente bebia chá. Durante todo o tempo em que a fistula esteve aberta não houve perturbações digestivas pelas quaes se pudesse responsabilizar a falta de succo-pancreatico no intestino. A recidiva veio confirmar a grande extensão do processo necrotico e o comprometimento de um ducto principal, conforme testemunhou o exame histologico. Nessas circumstancias, só restava um recurso — a marsupialização. Foi o que se fez na terceira intervenção.

Interpretação do caso. — Finalmente vamos reconstituir, em poucas palavras, o caso por nós registado, lançando mãos dos dados da observação clinica e do repasse que fizemos da literatura ao nosso alcance.

Um individuo predisposto, um adiposo — a pancreatite aguda ocorre em individuos adiposos na porcentagem de 83, segundo Kerschner — era portador de uma lithiase vesicular que tinha o caracteristico de apresentar calculos de volume pequeno, perfeitamente susceptiveis de expulsão expontanea pelas vias naturaes. Por muitas vezes esses pequenos calculos foram eliminados sem trazer consequencias de maior. As crises anteriores citadas pelo doente seriam devidas a um encravamento passageiro na empola de Vater, com refluxo biliar nas vias pancreaticas. Desta vez, o obstaculo demorou mais tempo; ou ocorreu em phase de hypersecreção physiologica; o refluxo foi maior, houve ruptura de canaes pancreaticos, seguindo-se suffusão do liquido bilio-pancreatico, edema intersticial e pancreatite edematosa de defesa contra substancias irritantes.

Nessa phase, deu-se a primeira intervenção cirurgica. O processo amorteceu. Marchou para a regressão, como geralmente acontece. Mas uma determinada porção do pancreas entrou em necrose, em cujo foco se foi accumulando, paulatinamente a secreção das partes vizinhas, que não mais encontravam o caminho costumeiro para escoar-se. E enquanto o liquido se avolumava, uma membrana inflammatoria de defesa se ia formando á volta, confinando-o, encarcerando-o. Eis o pseudokysto. Com elle foi doente levado á mesa pela segunda vez. A drenagem demorada

de novo amorteceu o processo inflammatorio da glandula e a secreção parecia ter retomado o seu curso natural; mas, cessada a drenagem, novo pseudokysto se formou, resultando nova compressão do choledoco e volta da ictericia. A marsupialização foi o recurso ultimo encontrado.

Endereço: Caixa Postal 1.574.

AUTORES CONSULTADOS:

- A. Catalina: "Sobre la pancreatitis aguda", La Medicina Ibera, 13 de abril de 1935, resumo em Mundo Medico, Madrid, XXII, 10 de julho de 1935.
- Alejandro Ceballos e Terencio Gioia: "Pancreatitis aguda hemorragia", La Semana Medica, Buenos Aires, XXXIX, 105, 14 de janeiro de 1932.
- Andres Dorronsoro: "Un cas interessant de lithiase biliaire et cholecystite avec pseudo-kyste pancréatique", Congres Internationale de la Lithiase Biliaire, (G. Doin), II, 335, Paris, 1932.
- Benjamin B. Spota: "Las lesiones traumaticas del pancreas y la pancreatitis hemorragica en su aspeto médico-legal", La Prensa Medica argentina, Buenos Aires, XXIII, 1955, 9 de outubro de 1935.
- Brocq: "Traitement des pancreatites aigues", la Presse Médicale, Paris, XLIII, 217, fevereiro de 1935.
- Cunéo e Taillefer: "Pancreatite aigue adematuse au cours d'une pancreatite chronique", resumo em La Presse Medica, Paris, XLIII, 1147, 17 de julho de 1935.
- Cyrus Horine: "Acute pancreatitis" Annals of Surgery, Philadelphia; XCIX, 301, fevereiro de 1934.
- Daniel Ferey: "Un cas de pancreatite aigue oedemateuse, operée a la troisieme heure", Bull. et Memoire de la Société Nationale de Chirurgie, Paris, LVIII, 1548, 24 de dezembro de 1932.
- Edward Archibald: "Acute oedema of the pancreas", Annals of Surgery, Philadelphia, XC, 803, novembro de 1929.
- E. H. Risley: "Acute pancreatitis", Maine Medical Journal, Portland, XXVI, 10 de junho de 1935; resumo em The Journal of American Medical Association, CV, 914, 14 de setembro de 1935.
- Etienne Chabrol e Marcel Cachin: "Les formes pseudo-vesiculaires des pancréatites subaigues", Paris Medical, XXV, 463, 18 de maio de 1935.
- Eurico S. Bastos: "Cirurgia do pancreas", edição do autor, São Paulo, 1935.
- F. Bernhard: "La cirugia de las afecciones pancreaticas agudas", Zentralblatt fur Chirurgie, n.º 2 de 1935, resumo em Revista Medico-Quirurgica de Patologia Femenina, Buenos Aires, II, 478, abril de 1935.
- Francis Handerson e E. A. King: "Pancreatitis aguda", Archives of Surgery, junho de 1935, resumo em Revista Brasileira de Cirurgia, Rio, IV, 381, agosto de 1935.
- F. Tondeur: "Etude détaillée de six cas récents de pancreatite aigue", Le Scalpel, Bruxelles, LXXXVIII, 1209, 28 de setembro de 1935.
- Guilherme G. Vianna: "Pancreatite aguda adematosa" Revista Brasileira de Cirurgia, Rio, IV, fevereiro de 1935.

- H. Köster e L. Kasman: "Acute pancreatitis", Archives of Surgery, Chicago, XXIX, 1014, dezembro de 1934.
- J. Bottin: "Les causes de la morte a la suite d'une fistule pancréatique complete chez le chien", Revue Belge des Sciences Medicales, Bruxelles, VII, 394, maio de 1935.
- L. Dragsted, H. F. Haymond e James Ellis: "Pathogenesis of acute pancreatitis" Archives of Surgery, Chicago, XXVIII, 232, fevereiro de 1934.
- L. Moncolor: "Nota critica sopra alcuni casi di pancreatite acuta steato-necrotica", L'Ospedale Maggiore, Milão, XIX, 535, setembro de 1935.
- Luis Santanelle: "Pancreatitis aguda edematosa", Boletines de la Sociedad de Cirugia de Rosario, II, 116, maio de 1935.
- Mc. Whorter: "Acute pancreatitis" Archives of Surgery, Chicago, XXV, 598, novembro de 1932.
- P. Brocy: "A propos de diagnostic des pancréatites aiguës", Bull et Memoire de Société Nationale de Chirurgie, Paris, LVIII, 1365, 26 de novembro de 1932.
- Philip Hawe: "Acute pancreatitis", The Liverpool Medico- Chirurgical Journal, XLIII, 105, 1935.
- P. Santy e P. Wertheimer: Deux observations de pancreatite edemateuse", Lyon Chirurgical, XXXI, 312, junho de 1934.
- Raul P. Perrin: "Pancreatitis edematosa", Revista de Cirugia de Buenos Aires, XIII, 736, dezembro de 1934.
- Robert Elman: "Acute interstitial pancreatitis", Surgery, Gynecology and Obstetrics, Chicago, LVI, 291, setembro de 1935.
- Roque Masciottra e Fortunato Fernando: "Pseudo-quistes espontaneos del pancreas", Revista Médica Quirúrgica de Patologia Femenina, Buenos Aires, III, 2666, Agosto de 1935.
- R. Soupault: "A' propos des pancréatites dites oedematoses", La Presse Medicale, Paris, XL, 507, 2 de abril de 1932.
- Seguí: "Abdomen agudo de origen pancreatico", Revista de Cirugia de Barcelona, X, 137, setembro de 1935.
- Usúa: "Algunas consideraciones sobre el hematoma a distancia y el tratamiento a seguir en las pancreatites hemorrágicas", Revista de Cirugia de Barcelona, X, 146, Setembro 1935.
- Witt Stetten: "Subacute pancreatitis or so called acute oedema of the pancreas", Annals of Surgery, Philadelphia, XCII, 248, agosto de 1930.

Aspectos cirurgicos da caseose dos nervos na lepra

Dr. Eurico Branco Ribeiro

PREÇO 6\$000

Pedidos ao autor : Caixa, 1574

S. Paulo

ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

Solução com a concentração de 26,13 %
de "3 acetylaminio 4 oxyphenylarsinato de diethylaminoethanol"
Um centimetro cubico corresponde a 0 gr. 05 de arsenico.

Medicação arsenical rigorosamente indolora
pelas vias subcutaneas e intra-musculares.

FRACA TOXIDEZ — TOLERANCIA PERFEITA — NADA DE ACUMULAÇÃO
SEGURANÇA DE EMPREGO EM DOSES ELEVADAS ACTIVAS

SIPHILIS :- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilisação terapeutica).

PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

Modo de usar: em "*doses fortes*", injectar 5 cc. duas vezes por semana (apòz verificação da ausencia de intolerancia arsenical).

em "*doses fraccionadas repetidas*", injectar 3 cc. todos os dias por series de 12 a 16 injeções.

Empolas de ARSAMINOL de 3 cc. (0 gr. 15 de As) e de 5 cc. (0 gr. 25 de As).

LABORATORIOS CLIN. COMAR & C^o — PARIS

SEYS & PIERRE, Caixa Postal 489 — RIO DE JANEIRO D.P. 158

Na pneumonia, na gripe pulmonar, bem
como nas complicações pulmonares post-
operatorias

Cyclosol

é o remedio heroico e sufficiente

 *Instituto Biotherapico Brasileiro*

DIRECÇÃO SCIENTIFICA:

DR. A. MACIEL DE CASTRO Phco. CLOVIS RIBEIRO VIEIRA

Diplomados pelo Instituto de Manguinhos

Para amostras e literatura, os Srs. Medicos poderão se dirigir ao representante
em São Paulo: T. NEUBERN — Telephone, 2-3898 — Caixa Postal, 1490

Tratamento do Megasi ma pela Esphyncterectomia Pelvi-rectal (*)

(Apresentação de quatro observações)

Dr. S. Hermeto Junior

Assistente da Primeira Clínica Cirúrgica de Homens do Hospital
da Santa Casa de S. Paulo. (Serviço do Dr. Raul Vieira de Carvalho).

O tratamento racional do megacolon tem evidentemente de basear-se em conhecimentos precisos sobre a pathogenia da affecção.

A literatura demonstra que anteriormente aos trabalhos básicos de Hurst e Rake (12) (13) não se conheciam as alterações histopathologicas caracteristicas do megacolon, e as suas consequencias sobre o funcionamento do intestino grosso. Foi a concepção da *achalasia dos esphyncteres do colon*, estabelecida por aquelles pesquisadores, o fundamento básico ao methodo de tratamento do megacolon proposto por Correia Neto (6), e que consiste na resecção dos esphyncteres portadores da achalasia.

Os estudos da escola de São Paulo são de importancia indiscutivel nos problemas relacionados com o megacolon, tanto as questões relativas à etiologia, como às que dizem respeito à anatomia-pathologica, physiopathologia e tratamento. Estes trabalhos são assignados por Amorim (2), Correia Neto (5) (6) (7) (8), Vasconcellos e Botelho (23), Etzel (19) (10).

ANATOMIA CIRURGICA DOS ESPHYNCTERES DO INTESTINO GROSSO

As descrip  es anatomicas apresentadas por Aloj (1) e Balli (3) são classicas. Já diversos anatomistas tinham salientado   simples inspecção do intestino grosso que este apresenta porções mais estreitas, facto que, no entanto, não tinha despertado maior interesse. Os radiologistas, antes que os morphologistas investigassem o assumpto, já tinham salientado diversos segmentos do

(*) Trabalho apresentado à Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo na sessão de 1 de Outubro de 1935.

intestino grosso que se apresentavam com as características de um esphyncter.

Foi mesmo inspirado n'este facto, e querendo verificar a correspondencia anatomica dos esphyncteres descriptos pelos radiologistas, que Aloj (1) emprehendeu o seu classico trabalho. Vejamos quaes são estas formações, e como se individualisam. Antes de mais nada desejamos lembrar que na terminação do ileon no caecum foi descripto o esphyncter de Varolio: histologicamente este esphyncter foi demonstrado por Rutheford e Balli (3). Os esphyncteres do intestino grosso são os seguintes:

a) — esphyncter de Busi, que se localiza entre o caecum e o colon ascendente, não tendo sido encontrado por Aloj (1) em 25 cadaveres examinados;

b) — esphyncter de Hirsch, localizado no segmento proximal do colon ascendente, apresentando uma extensão de 7 cts., e reduzindo-se o diametro do intestino, n'este nivel, de 5-6 cts. a 3-4 cms.;

c) — esphyncter de Cannon, que se encontra entre o angulo hepatico do colon e o terço medio do transverso, apresentando uma extensão de 3-4 cts., e sendo o calibre do intestino igual a 3 cms.;

d) — esphyncter de Payer e Strauss, occupando o angulo esplenico do colon, e apresentando uma extensão de 3 a 6 cms.;

e) — esphyncter de Balli, limitando a porção inferior do descendente, sendo um esphyncter annular, e não segmentar como os precedentes;

f) — esphyncter accessorio de Moutier, occupando a parte média da alça sigmoide, e apparecendo nos individuos sujeitos ás constipações habituaes e nas crianças;

g) — esphyncter de Moutier, ou esphyncter pelvi-rectal, comprehende a porção terminal do colon ileo-pelvico, e a separa da empola rectal, apresentando uma extensão de 10 a 12 cms., reduzindo-se o calibre do intestino a 2 ou 3 cms.;

h) — esphyncter interno do anus, situado para dentro do esphyncter estriado, e nada mais representando do que o espessamento da tunica muscular do rectum n'aquelle nivel.

Aloj (1) salienta como constante os esphyncteres de Hirsch, — Cannon e Moutier. Em 2/3 dos casos observou os esphyncteres de Payer-Strauss, Balli e o accessorio de Moutier. Ao nivel das esphyncteres anteriormente descriptas a espessura da tunica muscular é maior do que nos outros segmentos do colon, além disso existe entre as camadas musculares circular e longitudinal multiplos feixes de disposição plexiforme, que se lançam de uma tunica á outra. As tenias ao nivel dos esphyncteres se approximam. Para o cirurgião tem grande valor o conhecimento da topographia anteriormente referida dos esphyncteres do colon, porém devemos referir que não existem *limites to-*

pographicos de um rigor preciso em relação á extensão dos mesmos. Este facto torna indispensavel uma collaboração estreita do radiologista quando se pretende localizar o esphyncter attigido pela achalasia. Dos esphyncteres relatados o de maior importancia cirurgica é o pelvi-rectal ou esphyncter de Moutier. Este esphyncter é o mais attingido pela achalasia, sendo responsavel pela fórma de megacolon chamada de megasigma. Os limites do referido esphyncter são variaveis devido a sua extensão (10 a 12 cts.), porém inferiormente é o nivel da terceira vertebra sagrada, limite topographico entre a terminação do colon e inicio do rectum. Uma caracteristica importante que apresentam os *tres esphyncteres constantes* do colon é a sua extensão, que confere aos mesmos uma *disposição segmentar*. Este facto mostra que si o cirurgião pretende extirpar um desses esphyncteres deverá proceder a uma resecção em toda a sua extensão, o que não seria necessario si se tratassem de esphyncteres annulares. Dada a proximidade das tenias entre si, ao nivel dos esphyncteres, não ha inconveniente de extirpar uma porção de uma d'ellas quando estão nos limites de um esphyncter.

A figura 1 representa muito eschematicamente os esphyncteres anatomicos do colon. Vejamos qual a irrigação dos esphyncteres. Aloj (1) não encontrou particularidades comparativamente com as outras porções do colon. Os esphyncteres de Varolio, Busi, Hirsch e de Cannon recebem irrigação da arteria

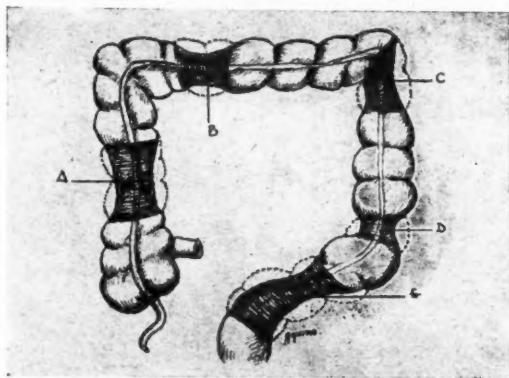


Fig. 1

Desenho eschematico dos diferentes esphyncteres do colon, segundo a descripção de Aloj (1). Não estão figurados n'este desenho os esphyncteres de Varolio e de Busi.

A) — esphyncter de Hirsch; B) — esphyncter de Cannon; C) — esphyncter de Payer-Strauss; D) — esphyncter de Balli; E) — esphyncter principal de Moutier.

O esphyncter accessorio de Moutier não foi representado. O esphyncter principal de Moutier é geralmente sede da achalasia, originando o megasigma.

mesenterica superior, por intermedio das arterias ileocolica, colica direita superior e da inconstante colica media. Os esphyncteres de Payer-Strauss, Balli, Moutier e accessorio de Moutier são irrigados pelos ramos da arteria mesenterica inferior, isto é, arterias colica esquerda, sigmoidianas e recto-sigmoidianas (Steward e Rankin, 20). O esphyncter interno do anus é irrigado por ramos esphyncterianos da arteria hemorrhoidaria inferior.

Em relação á enervação Aloj (1) acha que as zonas dos esphyncteres são os verdadeiros *hilos nervosos* do intestino grosso. Observou uma riqueza de filetes nervosos destinados aos plexos de Auerbach e Meissner. A enervação dos esphyncteres está subordinada a dois grandes plexos: os esphyncteres do colon direito (Busi, Hirsch e Cannon) estão submettidos aos ramos efferentes do plexo mesenterico superior, enquanto que os do colon esquerdo (Payer-Strauss, Balli e Moutier) estão sob a dependencia do plexo mesenterico inferior. O esphyncter pelvi-rectal receberia, ainda, ramos provenientes das raizes sagradas (parasymphatico pelvico), graças ás anastomoses dos ramos inferiores do plexo mesenterico inferior (ramos intestinaes) com ramos dos nervos pré-sacro e hypogastricos (Testut - Latarjet, 22). A figura 2, reproduzida de Martin e Burden (17), indica a dupla innervação do esphyncter pelvi-rectal.

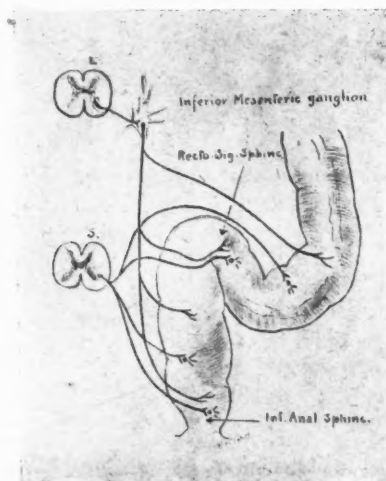


Fig. 2

Photoreprodução de Martin e Burden (17). A innervação do recto-sigmoide. O esphyncter pelvi-rectal de Moutier recebe os seus nervos do plexo mesenterico inferior (sympathico) e das raizes sagradas (parasymphatico).

O PROBLEMA DA PATHOGENIA DO MEGACOLON

A primitiva concepção de Hirschprung (18) admittia o megacolon como um gigantismo parcial e congenito do intestino grosso, considerando a dilatação e a hypertrophia parcial do intestino como os elementos determinantes da estase fecal. D'ahi deduzia-se uma primeira norma cirurgica, qual seja a extirpação d'este segmento de intestino, cujas alterações só se apresentavam n'uma certa extensão: evidentemente deveriamos obter o desaparecimento da affecção após as colectomias parciaes. A clinica, no entanto, não confirmou a veracidade da concepção de Hirschprung, pois, só ella poderia mostrar si a affecção era tão sómente um gigantismo parcial do intestino grosso, desde que a eliminação d'aquelle segmento seguisse o desaparecimento da estase fecal. As recidivas do megacolon após as colectomias parciaes foram mencionadas por Bolling (4), Finochetto (11), Lehmann (16). Entre nós as recidivas foram mencionadas por Werneck (6), Medeiros (18), Zepherino do Amaral (6) e Bernardes (6). E' preciso, na verdade, não esquecer que existem casos de cura após as colectomias. Apezar disso os insuccessos das colectomias parciaes fizeram com que Mirizzi (6) propuzesse a colectomia total, com anotamose directa ileo-sigmoidiana. Esta operação é de gravidade indiscutivel, e tambem pôde redundar em insuccesso, pois, o segmento de ileo implantado pôde dilatar-se e ser séde de uma estase fecal: este facto foi verificado por Bolling (4) Lehmann (16), e outros. Como bem salienta Correia Neto (6), a concepção de Hirschprung orientou o tratamento para um caminho pouco seguro. As recidivas após as colectomias são as maiores provas a favor do megacolon adquirido, cuja existencia, no entanto, é negada pela concepção de Hirschprung. Para Lehmann (16), cujo estudo é basico — *não existe o megacolon congenito*, e a dilatação e a hypertrophia do intestino são sempre concernentes á estase fecal.

Outros autores querem attribuir o megacolon aos obstaculos ao nivel do intestino ectasiado: são as hypotheses mechanicas. Seria desnecessaria a sua descripção detalhada, como o fazem Bensaude e Hillemand (18), devendo salientar-se os acotevellamentos do intestino, a existencia de pregas ou valvulas no interior do órgão, bem como as torsões intestinaes.

Distinguem outros duas variedades de megacolon: uma congenita, correspondente á affecção descripta por Hirschprung, e outra que se encontra no correr da segunda infancia e no adulto, e que seria o megacolon adquirido. E' o que descrevem as classificações de Kleinschmidt (18), Vernejoul e Sedan (18), e Pinheiro Guimarães (18).

Para este segundo typo, o megacolon adquirido, os referidos AA. dariam as mais variadas causas, principalmente os factores mechanicos anteriormente lembrados, e as perturbações de enervação (Bing, Hawkins, Ishikawa, etc., 19).

A theoria do hypertonus dos esphyncteres é defendida por Martin e Burden (17), que admite o megacolon como consequente ao hyperotonus do esphyncter pelvi-rectal (megasigma), assim como a estenose pylorica dos recém-nascidos é consequente ao hypertonus do pyloro. Judd e Adson (14) invocam a concepção do desequilibrio vago-sympathico na genese do megacolon: para aquelles autores a affecção seria consequente a uma hyperfunção da enervação sympathica, que se distribue á camada muscular circular do intestino, e que determinaria uma maior contracção das fibras circulares, principalmente ao nivel dos esphyncteres anatomicos; a enervação parasymphathica, fornecida pelo vago, se distribuiria á camada muscular longitudinal. A experimentação demonstrará que a secção dos vagos, ou das raizes sagradas, determinava um quadro de estase intestinal chronica (Adson e Aird, Ishikawa, 6-18). A secção, no entanto, do sympathico pelvico fazia desaparecer a estase intestinal. Foi baseado n'este antagonismo funcional vago-sympathico que surgira o tratamento do megacolon pela gangliectomia lombar. Como demonstra o trabalho de Judd e Adson (14) os resultados não foram encorajadores. Correia Neto (6) tambem não obtivera resultados em um doente submettido á technica de Wade e Royle. A extirpação do plexo mesenterico inferior e do nervo pré-sacro, proposta por Rankin (6), parece fornecer melhores resultados. O tratamento do megacolon baseado na dysfunction vago-symphathica não forneceu bons resultados, pois, a pathogenia da affecção não se filia aquelle mecanismo.

A concepção que maior alcance therapeutico trouxe foi a *doutrina da achalasia* dos esphyncteres do intestino grosso. Hurst (12) (13) partiu do estudo do megaesophago, mostrando que na occasião da deglutição chega sobre o cardia uma onda peristaltica, que encontra aquelle esphyncter fechado. No individuo normal a onda peristaltica chegando ao cardia, este se abre, permitindo a passagem do conteúdo alimentar para o estomago. A coordenação entre os movimentos peristalticos originados no momento da deglutição e a abertura do cardia é feita pelos plexos nervosos myoentericos (Kuntz, 15, e Alvarez, 6). No megaesophago, como vimos, não ha a abertura do cardia, quando sobre elle chega a onda peristaltica — e a este phenomeno Hurst denominou de *achalasia do cardia* (falta de relaxamento).

Rake (13) mostrou que existem alterações dos plexos de Auerbach e Meissner, representadas pela sua destruição, e responsaveis

por aquella incoordenação entre os movimentos peristálticos do esophago e a abertura do cardia.

Amorim, Correia Neto e Etzel (2) (5) (9) fizeram apurado estudo das lesões histopathologicas observadas no megaesophago e megacolon, confirmando os achados de Rake (13) e as affirmativas de Hurst (12).

Ainda, no nosso meio, Vasconcellos e Botelho (23) observaram os mesmos factos.

As lesões podem ser systematisadas nos seguintes grupos:

a) — lesões inflammatorias da mucosa do tubo gastro-intestinal (Correia Neto e Etzel, 5);

b) — substituição dos plexos de Auerbach e Meissner por um tecido cicatricial de character inflammatorio chronico, ao nivel dos chamados esphyncteres do intestino grosso, principalmente na porção situada caudalmente em relação ás ectasias;

c) — presença de raras cellulas nervosas, embora atrophias, em certas partes ectasiadas do tubo digestivo (Correia Neto, Amorim e Etzel - 5 e 2);

p) — os nervos vagos apresentam-se histologicamente normaes;

e) — no beri-beri existem lesões do typo degenerativo de todo o systema autonomo, identicas ás observadas no megaesophago-megacolon (Mc Carrison, 23) (Vasconcellos e Botelho, 23), (Etzel, 10).

Este ultimo facto é de grande significação, e Etzel (10), em recente estudo, salienta que o megacolon e o megaesophago representam uma neuropathia do typo degenerativo de todo o systema nervoso autonomo, causada por uma avitaminose B I, chronica e incompleta.

Fôra de duvida é a concepção defendida por Hurst e Rake (12) e (13) a que melhor explica a achalasia, porém tem como fundamento a existencia de lesões dos importantes plexos de Auerbach e Meissner, que são elementos intermediarios entre o vago e o sympathico. A concepção de achalasia tem se ampliado, e o seu interesse augmenta em pathologia: como exemplo, temos a interpretação do mega-urethér, considerado hoje como achalasia do esphyncter inferior d'este órgão (Rhea, 5). As deducções que se podem tirar da concepção da achalasia, quanto á therapeutica, são de grande importancia, pois, si chegarmos á identificar o esphyncter portador da dysfunção, o que se faz com facilidade pelos raios X, poderemos extirpar o segmento que apresenta as lesões degenerativas dos plexos de Auerbach e Meissner, eliminando a achalasia: foi o que fez, Correia Neto (6). Indiscutivelmente é a resecção dos esphyncteres do intestino grosso no tratamento das diversas modalidades de megacolon o methodo cirurgico que apresenta maior base histo e physiopathologica.

PHYSIOPATHOLOGIA DOS ESPHYNCTERES DO INTESTINO GROSSO

Na exposição summaria que fizemos das differentes doutrinas que pretendem explicar a pathogenia do megacolon mostramos que as concepções anteriores á doutrina da achalasia eram fundamentadas em factos unilateraes, bem como conduziram á insuccessos therapeuticos. Procuramos agora eschematisar como funcionam os differentes esphyncteres. A sua função é de retardar a corrente fecal, prevenindo a sua passagem continua para o segmento colico situado adiante, ou para o rectum. E' de grande

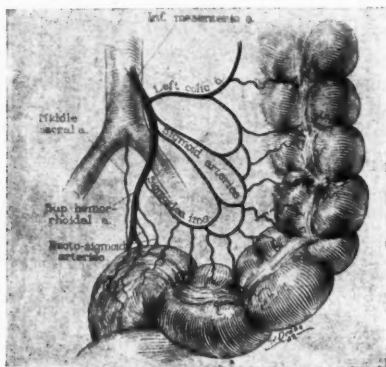


Fig. 3

Photoreprodução de Steward e Rankin (20), representando as arterias do sigmoide e do rectosigmoide. O esphyncter de Moutier recebe irrigação das arterias sigmoidianas e das rectosigmoidianas.

importancia principalmente a função do esphyncter pelvi-rectal, que evita a passagem continua do conteudo intestinal para o rectum. Mayo (6) salienta que o recto-isgmoide (região do esphyncter pelvi-rectal) é o segmento mais estreito do intestino grosso, occupando uma extensão correspondente aos 5 cms. terminaes de sigmoide e aos 3,5 cms. de rectum que seguem. Além d'essa função peculiar a cada esphyncter colico é preciso não esquecer a correlação que guardam entre si. Na verdade, desde que se contrahe um segmento colico o esphyncter que se acha logo adiante se abre ao receber a onda de contracção: esta correlação, como vimos, é estabelecida pelo plexos myoentericos. A norma physiologica permite, assim, a progressão do conteudo intestinal atravez dos differentes segmentos colicos: não existe estase fecal. D'esde que, no entanto, um dos esphyncteres se apresenta com alteração de seus plexos de Auerbach e Meissner, iremos

observar a achalasia. Se o esphincter attingido foi o pelvi-rectal teremos a forma habitual de megacolon denominada de megasigma, que poderá associar-se ao megarectum, desde que exista tambem achalasia do esphincter interno do anus. Se a achalasia localizar-se ao nivel do esphincter de Cannon teremos uma fórma pouco frequente — o megacolon direito. Correia Neto (8) descreveu um caso curado pela resecção do esphincter de Cannon. Ainda podemos, dentro da concepção da achalasia, ocmprehender o chamado megacolon ondulante, pois, entre um segmento de intestino normal se observam duas ectasias: é o que se poderá observar nos portadores da achalasia dos esphincteres de Payer - Strauss e de Moutier; a achalasia do ultimo origina um megasigma, emquanto que a do primeiro um megatransverso, existindo entre ambos o segmento do descendente normal. Estes factos mostram a importancia da localização da achalasia, quanto aos typos de megacolon. Aos radiologistas compete, deante dos symptomas apresentados pelos doentes, localizar com precisão a séde da achalasia, sem o que a therapeutica é inefficaz, pois, ella é *selectiva*, isto é, age sobre o esphincter portador da dysfunction.

Chiray, Lomon e Wahl (Lé Dolichocolon, Masson, 1931), não salientam em seu trabalho o grande alcance na pathologia do megacolon da concepção da achalasia.

TECHNICA DAS RESECÇÕES DOS ESPHYNCTERES DO INTESTINO GROSSO

Vamos tomar como typo a descripção de Correia Neto (6) em relação ao esphincter pelvi-rectal. Evidentemente esta technica poderá ser applicada aos outros esphincteres do colon. Como nos casos que reunimos não foi necessaria a resecção do esphincter interno do anus, prescindimos de descrever a sua technica, que se encontra no trabalho acima mencionado (6).

Martin e Burden (17) apresentam uma technica de secção do esphincter pelvi-rectal, utilizada em uma creança de 3 annos, portadora de constipação d'esde os tres mezes de idade. A secção fôra feita ao nivel da junção recto-sigmoidiana (figura 4), até que a mucosa se tornasse saliente. A creança sahiu do hospital quatro mezes após, sem tumor palpavel. Fallecera dois mezes após de tuberculose. A necropsia demonstrou um sigmoide proximo ao normal, porém de paredes espessadas.

A technica seguida pelos autores é uma adopção da operação de Rammsted. A operação executada por Martin e Burden seria ideal se na verdade o megacolon fosse consequente ao hypertonus do esphincter pervi-rectal. Além do mais, d'esde que seja restabelecida a continuidade dos dois labios da incisão pa-

ietal — observaremos o reaparecimento do verdadeiro mecanismo da affecção — a achalasia. A technica proposta por Correia Neto (6) é evidentemente uma *esphincterectomia parcial*, embora o autor não faça menção d'este facto em seu trabalho. A experiencia (do A., 6) demonstrou, no entanto, que a retirada de 1/3 do esphyncter é sufficiente para fazer desaparecer a achalasia.

Não queremos esboçar ou tentar alguma explicação d'este interessante facto, deixando que a experiencia traga elementos seguros para a sua comprehensão. Quando se intervem no megasigma se encontra uma alça sigmoide muito alongada e dilatada. Após collocar o doente em posição de Trendelenburg, e após afastar-se as alças delgadas, devemos procurar a porção do intestino cor-

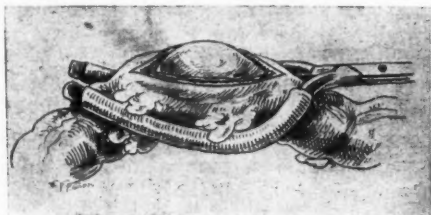


Fig. 4

Photoreprodução de Martin e Burden (17). Technica utilizada pelos AA. na resecção do esphyncter pelvi-rectal. Trata-se, como se vê, da adapção da operação de Rammsted.

respondente ao esphyncter, que se apresenta sob a fôrma de um segmento mais estreitado, entre o megasigma e o rectum. A's vezes, como foi feito por Correia Neto (6), e em uma das nossas observações, é necessario abrir a prega de reflexão peritoneal, ao nivel do fundo do sacco de Douglas: d'este modo pode-se reconhecer perfectamente a porção correspondente ao segmento inferior do esphyncter. A anesthesia utilizada é geralmente a rachidiana.

Posição de Trendelenburg — Laparotomia mediana infra-umbellical. São os seguintes os tempos operatorios:

1.º — incisão longitudinal de 10 cts. de extensão sobre a parede anterior do intestino, um pouco á direita, devendo attingir os differentes planos até chegar á sub-mucosa (a tunica sub-mucosa é respeitada);

2.º — descollamento do retalho sero-muscular, que é separado da sub-mucosa, graças a uma manobra executada cuidadosamente da direita para esquerda pelo bisturi; quando o descollamento attinge 1/3 de circumferencia reseccamos o retalho sero-

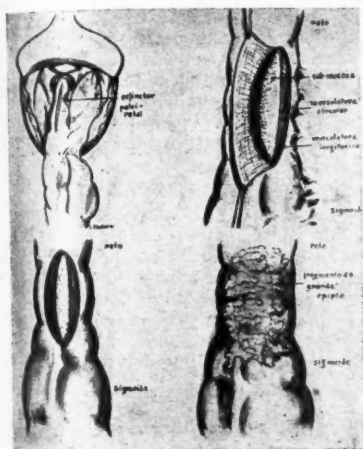


Fig. 5

Photoreprodução de Correia Neto (6), mostrando os diferentes tempos da resecção do esphincter pelvi-rectal (observar a descrição feita do texto).

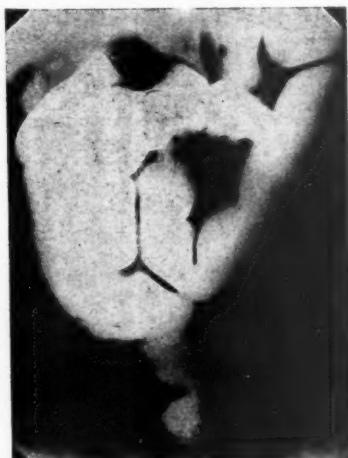


Fig. 6

Radiographia do doente da 1.ª Obs., antes de ser operado. Observa-se um dolico e megasigma. Não existia megarectum.

muscular; a brecha, após esta resecção, torna-se maior, porém não se observa geralmente hernia da mucosa (facto observado por Correia Neto (6) e por nós, e que a nosso ver reside na integridade das *muscularis mucosae*, que não deve ser incisada);

3.º — sobre a brecha collocamos um retalho livre de epiploon, obtendo-se uma peritonização perfeita; ás vezes (Correia Neto, 6) pode a brecha ser recoberta por um retalho peritoneal do fundo do sacco de Douglas, que se apresenta flacido. Fechamento da parede sem drenagem. Raramente pode o cirurgião perfurar a mucosa; este accidente desde que seja immediatamente reparado não determina nenhuma complicação.

Os diferentes tempos da esphincterectomia pelvi-rectal se encontram na figura 5.

OBSERVAÇÕES E COMMENTARIOS

1.ª OBSERVAÇÃO

A. F. F., de cor branca, com 14 annos de idade, brasileiro, procedente do interior do Estado. Deu entrada no serviço em 27-12-1934, sendo registrado sob o n.º 1.472.

Anaménesse — Por seus paes soube que na idade de dois annos teve colica intestinal tão intensa e tão duradoura que por pouco não falleceu

(sic). Desde esta ocasião, até ha um anno, o paciente levava oito a dez dias para evacuar. Necessitava, por isso, de tomar certos purgativos. Evacuava, então, fezes escuras e endurecidas. A medida que passava sem evacuar sentia no abdomen uma sensação de plenitude. Tinha intenso e frequente borborinho no abdomen. Quando passava varios dias sem evacuar tinha dôres no abdomen, que se iniciavam no rebordo costal esquerdo, sentindo o doente que ali havia augmento de volume, e que após este augmento continuava para baixo até ao hypogastro, enquanto que na parte superior desaparecia. Quando evacuava apparecia com as fezes um pouco de sangue vivo.

Este estado se apresentou até ha um anno atraz, quando notou o apparecimento de dôres intensas com a localização das dôres anteriores: n'esta epocha não evacuava ha dez dias. Chamou um medico, que preconizou lavagens intestinaes, tendo só evacuado após oito. D'esde esta epocha evacuava regularmente cada 2 a 3 dias, porém certas vezes sentia como si tivesse uma bola (sic) que corresse pelo hemi-abdomen esquerdo, ocasionando dôres de certa duração. Procurou por isso este serviço.

Antecedentes pessoais: — Sarampo e gripe.

Antecedentes hereditarios: — Sem interesse.

Interrogatorio: — nega vomitos, hemateses e melenas; tem pyrozes e eructações; era muito pallido; sentia dôres nas pernas, bem como asthenia.

Exame do abdomen: — O abdomen é tenso, sendo abahulado levemente na região peri-umbelical, particularmente na metade esquerda. O transverso é palpavel ha dois dedos abaixo da cicatriz umbelical. Em certas occasiões espontaneamente, e em outras quando se percutiu o abdomen — ha formação de ondas peristalticas que se iniciam ao nível do rebordo costal direito, caminham lentamente para o rebordo costal esquerdo, e descem para o hypogastro. O figado é percutevel ao nível do V espaço intercostal direito; não é palpavel abaixo do rebordo costal direito. O cecum é palpavel na fossa iliaca direita.

A percussão individualisa uma zona de massicez ao nível do flanco direito. Do rebordo costal esquerdo até ao hypogastro palpamos um tumor, de consistencia pastosa, de limites bem definidos, parecendo constituído de duas massas juxtapostas.

Apparelhos respiratorios e cardio-vascular: — Normaes.

Periodo pré-operatorio: — Pressão systolica igual a 100 mm., e diastolica 70 mm. Tempo de sangria 1'40. Tempo de coagulação 5'. Foi administrado xarope simples, soro glycosado e insulina.

Diagnostic clinico: — Dolico e magacolon.

Diagnostic radiologico: — O Dr. Paulo A. Toledo mostrou tratar-se de um dolichocolon e um megasigma. Não existia a associação com o megarectum.

A figura 6 mostra nitidamente o dolicolon e o megasigma.

Operação: — Foi submettido á esphyncterectomia pelvi-rectal em 14-1-35 (Dr. Raul V. Carvalho). Anesthesia geral pelo balsoformio.

N'este doente foi necessario a incisão da dobra de reflexão peritoneal, ao nível do fundo de sacco de Douglas, com o fim de evidenciar-se parte do esphyncter pelvi-rectal.

Periodo post-operatorio: — Em uma radiographia feita nove dias após a intervenção já observamos uma redução da dilatação do sigmoide, embora persistisse o alongamento (figura 7). Os resultados funcçionaes



Fig. 7

2.ª radiographia do doente da 1.ª Obs., obtida 9 dias após a resecção do esphincter pelvi-rectal. A dilatação diminuíra. Persistência do alongamento da alça sigmoide.



Fig. 8

Radiographia do doente da 1.ª Obs., obtida 2 mezes após a resecção do esphincter pelvi-rectal. Observa-se certo grau de dilatação da alça sigmoide. Persistência do alongamento.

n'este doente foram precoces, pois, quatro dias após a operação começou a apresentar evacuações diárias.

Desapparecera a plenitude que sentia no abdomen. O doente tivéra alta, apparecendo em março para novo exame radioscopico (figura 8). As evacuações eram diárias, bem como desappareceram plenitude e dores. O doente se apresentava muito satisfeito por ter desapparecido a asthenia que anteriormente o acomettia.

A radioscopia mostrou ainda um alongamento da alça sigmoide, embora a dilatação se apresentasse reduzida. O doente continúa em observação. O resultado da resecção do esphincter pelvi-rectal n'este doente fôra optimo. A persistencia do alongamento, dentro do tempo em que foram feitas as radiographias, é um elemento que não intervêm no resultado funcional, pois, como vimos, as evacuações se regularisaram sem o auxilio de purgativos ou lavagens.

2.ª OBSERVAÇÃO

S. S., preto, casado, com 38 annos de idade, empregado na lavoura, e procedente de Palmital, foi removido da 3.ª enfermaria de medicina. Foi registrado no serviço sob o n. 104.

Historico: — Ha 10 annos queixa-se de prisão de ventre. Até 3 mezes atrás suas evacuações eram diárias, as fezes duras, emplotadas. Ha 90 dias a retenção de fezes começou a processar-se; as evacuações, além

de parcimoniosas, eram intervalladas de 2 ou 3 dias, augmentando progressivamente o intervalo entre as exonações. Começou a tomar purgantes salinos, "cajú purgativo", etc., os quaes não faziam effeito. Passou então ás lavagens: sal amargo, camomilla, etc. Porém si de um lado sentia algum allivio, por outro notou que as evacuações eram tão sómente constituidas do enema. Ha 15 dias notou um tumor no baixo ventre, relativamente duro, pequeno. Consultou um facultativo em Ourinhos e elle lhe disse que tinha os "intestinos paralyzados". O tumor começou a crescer, tomou todo o abdomen. Resolveu por isso descer á Capital, o que fez em 2-2-35, dando entrada neste serviço no dia seguinte.

Sarampo, coqueluche, parotidite. Maleita em 1919. Grippe na pandemia de 18. Diz soffrer do figado. Conta ter tido ascite, que foi esvasiada por meio de injecções que o faziam urinar muito. Nessa occasião "quizeram" operal-o (1931). Tabagista moderado. Não é ethylista. E' casado, sua mulher é sadia, teve 6 filhos vivos e 2 fallecidos quando pequenos.

Exame do doente: — Trata-se de um individuo de côr preta, medio-lineo, bem conformado arcabouço osseo. Systema muscular regularmente desenvolvido. Panniculo adiposo escasso. Ganglios inguino-cruraes infartados, moveis não dolorosos. Não ha dôres osteocopas. Descreveremos o abdomen quando passarmos ao exame do apparelho digestivo.

Apparelho respiratorio: — Nada de anormal á inspecção. Roncos e sibillos disseminados na base do pulmão direito.

Apparelho cardio-vascular: — Coração: ictus no 5.º intercosto esquerdo, na linha mamilar. Bulhas bem audiveis em todos os focos. Pulsos radiaes cheios, rythmicos e isochronos, batendo 90 vezes por minuto. Pressão arterial: 11,8 - 7 (Tycos - 4 - 2 - 35).

Apparelho digestivo: — Bocca: lingua tonica, recoberta de saburra esbranquiçada. Dentes pessimamente conservados, raizes por extrahir. Deglutição normal. Pharynge, idem.

Abdomen: — Inspecção — Nota-se uma grande saliencia, que começando no hypogastro, na linha mediana, mais á direita, se continúa com forte abaulamento até a região do hypochondrio direito. A apalpação consegue delimitar uma grande massa tumoral, dura, de consistencia petrea, emergindo do cavum de Douglas, assumindo a forma de um cylindro. A apalpação mais acima, ao nivel do hypogastro nos dá a impressão de uma cabeça de (feto), iniciando-se o periodo de insinuação. Continua-se a massa tumoral para cima e para a direita, até a região infra-hepatica. Assume aqui o character bosselado; quanto á consistencia, é petrea. Feita a insuflação rectal, a percussão conseguiu delimitar bem a massa tumoral — trata-se e megasigma com fecaloma. Os colons transverso e ascendente, percuteis, foram afastados do processo tumoral. O transverso desenhou-se mesmo no epigastro, formando duas elevações horizontaes, divididas ao meio pela linha mediana. Após a insuflação, por compressão ligeira foi feito o esvasiamento dos colons insuflados. O toque revela acima do esphincter rectal uma massa petrea, bosselada. Conseguimos dissociar — com o dedo explorador — a massa fecal petreficada das paredes do recto, menos da parte mais anterior. Comtudo, dado o tamanho e rigidez do fecaloma, á tentativa de sua destruição por via rectal, conseguimos retirar pequena quantidade de fezes endurecidas. Foi feita uma lavagem de 1 litro de agua glicerinada a 10 %.

Diagnostic clinico: — Dolicolon e megacolon com fecaloma.

Diagnostic radiológico: — O Dr. Paulo A. Toledo forneceu o seguinte parecer: grande alongamento com dilatação da alça sigmoide, desde o esphyncter accessorio de Moutier até o esphyncter pelvi-rectal; calibre normal do rectum, do descendente e da metade proximal da alça sigmoide. As figuras 9 e 10 salientam o mega e dolido-sigmoide.

Operação: — O doente foi submettido em 8-3-1935 á resecção do esphyncter pelvi-rectal (Dr. Oscar Cintra Gordinho, assistido por nós). Fôra feita a rachianesthesia pela percaina (2, 3 c. c. da sol. a 0,5 %), após retirada previa de 15 c. c. de liquido.

N'este doente encontramos uma dilatação consideravel do sigmoide, e, apesar da cuidadoso preparo pré-operatorio (lavagens, purgativos, etc.) ainda apresentava porções de um fecaloma, que obrigamos pela palpação a descer para a empola rectal.

Periodo post-operatorio: — Sem accidentes. Observamos vinte e cinco dias após a operação a persistencia ainda de um alongamento e dilatação da alça sigmoide (mega e dolicosigma). Como salienta o radiologista (Dr. Paulo A. Toledo), o calibre do rectum é normal.

Dois mezes após o doente fôra submettido a novo exame radioscopico: ainda foi observado alongamento e dilatação da porção distal do sigmoide (figura 11). Durante o primeiro mez que seguia a intervenção o doente não conseguia evacuar sem o auxilio de purgativos (oleosos) ou de lavagens. Após este tempo, no entanto, as evacuações se regularisa-



Fig. 9

Radiographia do doente da 2.ª Obs., antes de ser operado. Nota-se uma dilatação consideravel da alça sigmoide, hem como alongamento (dolico e megasigma). Não apresenta megarectum.



Fig. 10

Radiographia do mesmo caso, tomada de perfil, e, feita na mesma época. Nota-se a dilatação do sigma. N'esta radiographia apparece com nitidez a imagem do limite inferior do esphyncter pelvi-rectal.

ram, e apresentava as suas exonações intestinaes sem o auxilio dos meios apontados. A radiographia correspondente á figura 11 foi feita n'este ultimo periodo. Apesar da persistencia do alongamento, bem como de um gráu de dilatação da alça sigmoide somos levados a crêr que os resultados funcçionaes foram superiores aos anatomicos, pois, é preciso não esquecer que a ultima radioscopia fôra feita 2 mezes após a intervenção.

3.ª OBSERVAÇÃO

J. A., brasileiro, solteiro, côr preta, com 49 annos de idade, e occupando-se da lavoura. Deu entrada pela primeira vez no serviço em 9-4-1935, apresentando historia typica de megaeosophago, bem como referia prisão de ventre. A radioscopia demonstrara grande estenose do cardia (Dr. Marcello Soares). O exame do intestino grosso evidenciava um dolico e megasigma. (Dr. Cabello Campos) (Figuras 12 e 13). Como os symptomas relativos ao megaeosophago perturbassem mais ao doente foi feito primeiramente o seu tratamento por meio do balão hydrostatico de Russel (Dr. Antonio C. Moreira). No dia seguinte á dilatação o doente deglute bem. Achamos interessante referir os exames do abdomen feito com intervalo de cinco dias, quando d'esta primeira estadia do doente no serviço.

1.º exame do abdomen: — Este se apresenta ligeiramente plano, flacido. Observamos diastase inter-rectal supra umbelical. Ao nivel da linha branca se observam duas hernias epigastricas, de pequeno tamanho, estando uma ha 4 dedos acima da cicatriz umbelical, e a outra logo acima d'aquella.



Fig. 11

Radiographia do doente da 2.ª Obs., tomada 1 mez e 26 dias após a resecção do esphyncter pevi-rectal. Ainda se nota a estase e alongamento,



Fig. 12

Radiographia do doente da 3.ª Obs., antes da intervenção. Dolico, colou e megasigma.

O fígado é percutível ao nível da V espaço intercostal direito (limite superior), e inferiormente não ultrapassa o rebordo costal. N'este primeiro exame não observamos palpatoriamente nenhum tumor ao nível do hypochondrio esquerdo, flanco ou fossa iliaca correspondente.

2.º *exame do abdomen*: — Além da duas pequenas hernias da linha branca, observamos o abdomen com forma abaúlada, em sua parte inferior e esquerda principalmente. Verificamos que á palpação ha augmento de tensão do hemiabdomeo esquerdo. Observamos um tumor, movel lateralmente, de consistencia amollecida, que emergia do rebordo costal esquerdo, occupando o hypochondrio esquerdo e flanco esquerdo, ganhando a fossa iliaca esquerda. Pela palpação provocamos movimentos peristalticos n'este tumor, e cuja direcção era no sentido cranio-caudal. Na fossa iliaca direita palpava-se o caecum gargarejante. Diante d'estes dados propedeuticos se impunha o diagnostico de dolico e megacolon.

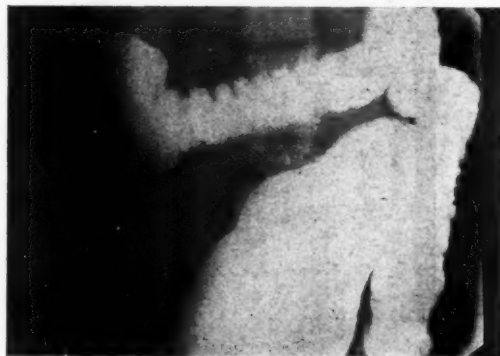


Fig. 13

Radiographia do mesmo doente (anterior), tomada no mesmo dia. Observar a consideravel dilatação da alça sigmoide, bem como o alongamento.

A radioscopia, como vimos (figuras 12 e 13), confirmara aquelle diagnostico.

Apezar de ser portador do megacolon o doente recusou a operação, porém reapareceu no serviço em principio de agosto. Queixava-se de prisão de ventre. Referia que evacuava com intervallos de 3 a 4 dias, hem como apresentava uma sensação de plenitude no hypogastro. Apresentava, por esta epocha, dôres no abdomen, sob a forma de colicas. A dysphagia desaparecera, entregando-se a qualquer alimentação. O abdomen apresentava em linhas geraes, o quadro que descrevemos por ultimo: abdomen tenso e abaúlado, a presença de um tumor occupando hypochondrio, flanco e fossa iliaca esquerdas, sendo de consistencia depressivel.

Em vista dos antecedentes, e da radioscopia anterior, estava nitido o quadro do mega e dolicosigmoide.

O doente fôra operado em 19 de agosto, sendo feita a extirpação do esphincter pelvi-rectal (Dr. Dario C. Franco, assistido por nós). Rachianesthesia pela percaina.

No decurso post-operatorio devemos salientar uma congestão pulmonar que apparecera no 3.º dia, desaparecendo, no entanto, quatro dias após. Do 20.º dia após a operação começou a evacuar espontaneamente, sem auxilio de lavagem e purgativos.

Foi feita uma radiographia 25 dias após a operação, evidenciando-se um alongamento e certo gráu de dilatação da alça sigmoide. Aqui, com muito mais nitidez do que no caso anterior (Obs. 2) os resultados functionaes foram melhores do que o *resultado anatomico immediato*. (Comparar as figuras 12, 13, e 14). O doente obtivera a sua alta, e, apesar da recommendação feita, ainda não apparecera para nova radioscopia.

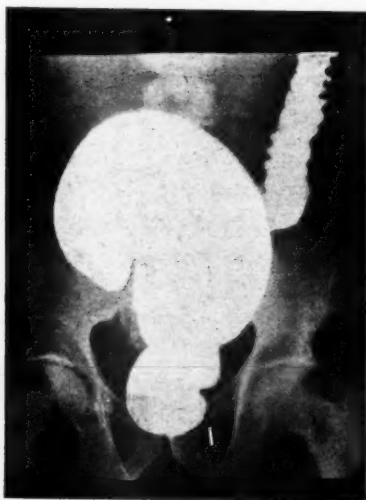


Fig. 14

Radiographia do doente da 3.ª Obs., tomada 25 dias após a resecção do esphincter pelvi-rectal. Ainda existe certo gráu de dilatação, bem como de alongamento.

4.ª OBSERVAÇÃO

J. B. S., branco, solteiro, brasileiro, com 45 annos de idade, procedente de Atibaia. Deu entrada no serviço em 26 de dezembro de 1934, sendo registrado sob o n. 15.291. Queixou-se de dôres no epigastro e nos hypochondrios, bem como de inappetencia e prisão de ventre.

A sua historia datava de cinco annos.

Referia um quadro de ulcera do duodeno, que fôra confirmado pela radioscopia (feita durante a sua permanencia na enfermaria). Referia, além do mais, que desde o inicio de sua molestia apresentava prisão de ventre: permanencia geralmente 5 a 7 dias sem evacuar. Quando evacua-

va eliminava fezes duras. Sentia dôres ao evacuar. Geralmente não tomava purgativos, pois, quando se utilizava d'elles acontecia piorar.

O doente teve durante dois annos um periodo em que não sentia mais as suas dôres epigástricas e no hypochondrio (após tratamento a que se submetera na Santa Casa de Atibaia): durante este tempo a constipação do ventre persistia. A radiographia demonstrara (figura 15) alongamento e dilatação consideravel do colon sigmoide, abrangendo toda a sua extensão, comprehendia entre o esphincter de Balli e o pelvi-rectal de Moutier (Dr. Paulo A. Toledo). Este doente fôra primeiramente submettido a uma intervenção gastrica: operação de von Haecker, feita pelo Dr. Leão A. Novaes.

Em 22 de Fevereiro de 1935 operamos o doente do seu megacolon. Foi feita a resecção do esphincter pelvi-rectal, sob rachianesthesia pela percania.

Periodo post-operatorio: — Uma radiographia feita um mez e meio após a operação ainda revelava certo gráu de dilatação e alongamento da alça sigmoide (Dr. Paulo A. Toledo). Durante o primeiro mez que seguiu a operação o doente necessitou de purgativos e lavagens para evacuar. Uma radiographia feita 4 mezes após mostra uma differença apreciavel: "alongamento com ligeiro gráu de dilatação da alça sigmoide e do colon ascendente; calibre normal do rectum" (figura 16).

As evacuações se regularisam por este tempo.



Fig. 15

Radiographia do doente da 4.^a Obs., antes de ser operado. Observa-se uma consideravel dilatação e alongamento da alça sigmoide. Não existe megarectum.



Fig. 16

Radiographia do doente da 4.^a Obs., feita 4 mezes após a intervenção. Notar a direcção da alça sigmoide, que o cliché dá a impressão de uma unica dilatação. Pequena dilatação e pequeno alongamento da alça sigmoide.

COMMENTARIO GERAL

A apresentação das quatro observações mostra a utilização da resecção do esphyncter pelvi-rectal em portadores da achalasia do esphyncter pelvi-rectal, ou esphyncter de Moutier. A maioria das radiographias foram feitas pelo Dr. Paulo A. Toledo, que já executára trabalho identico para Correia Neto (6).

Nos quatro casos não foi encontrado megarectum associado ao megasigma. Este facto é de grande importancia, porquanto no caso da coexistencia da achalasia dos dois esphyncteres, devemos primeiramente intervir no esphyncter interno do anus: na verdade, n'estes casos, a resecção do esphyncter de Moutier não pôde beneficiar os doentes, porquanto o esphyncter interno do anus portador da achalasia iria determinar a estase em toda a empola rectal, bem como no recto-sigmoide e porção proximal do sigma, estabelecendo-se, assim, a persistencia do megasigma após a esphyncterectomia pelvi-rectal.

O estudo detalhado das observações apresentadas demonstra um facto que achamos de grande interesse: a falta de parallelismo entre os resultados funcionaes immediatos e mediatos com as alterações anteriores do colon, isto é, com o alongamento e a dilatação da alça sigmoide. Este facto observamos, tambem, examinando as reproduções das radiographias dos doentes operados por Coreia Neto (6) (figuras 13, 15, 23, e 26). E' preciso não esquecermos, no entanto, que predomina mais o alongamento da alça, emquanto que o calibre se reduz apreciavelmente. A compreensão dos referidos factos é evidente: cessada a achalasia, as contracções do intestino conseguem impulsionar o conteúdo intestinal, evitando-se, assim, a estase fecal — que é a causa do aũgmento de calibre e posteriormente do alongamento do orgão. A dilatação do intestino regride prompto, porquanto está mais proximamente condicionada á estase, emquanto que o alongamento já é uma disposição de certa estabilidade — necessitando um certo tempo, que é variavel, para a sua redução. O que interessa, no entanto, sob o ponto de vista therapeutico é o restabelecimento do funcionamento intestinal. Não desejamos dos nossos casos concluir com uma simples phrase aquillo que a observação mais demorada irá demonstrar. Podemos, todavia, afirmar com grande positividade que a resecção do esphyncter pelvi-rectal é uma intervenção racional, perfeitamente fundamentada na achalasia dos esphyncteres, e que se impõe como a mais adequada therapeutica — até o presente pelo menos, dos portadores de megacolon.

A technica da resecção do esphyncter pelvi-rectal, perfeitamente estabelecida e systematisada por Correia Neto (6), apre-

senta-se como uma intervenção de execução simples, segura, sem acidentes, e não determinando o menor shock ao doente. Diante d'estas vantagens é ainda mais nitida a indicação da resecção dos esphincteres do megacolon em geral, qualquer que seja o seu typo.

BIBLIOGRAPHIA

1. — Aloj. L. Ricerche morfologiche sulla struttura del colon umano in rapporto alla presenza de sfinteri anatomici.

Monitore Zoologico Italiano. XLII: anno XLII; 1931 (Suplemento do n. XLII — Atti della Soc. ital. di Anat., pags. 231/241).

2. — Amorim, M. e Correia Netto, A. — Histopathologia e patogênese do megaesofago e megareto. An. da Fac. de Med. de São Paulo — 8. 101/127; 1932.

3. — Bertelli, D. — Pende, N. — Balli, R. — Gianelli, L. — Trattato di Anatomia Umana — 2.^a ed.; vol. I; pgs. 72/78. 1932 — Vallardi.

4. — Bolling, R. W. Indications for surgical treatment of megacolon. An. of Surg., LXXXVI; 62/70; 1927.

5. — Correia Netto, A. e Etzel, E. — Le megaesophage e le megacolon devant la theorie de l'achalasie. Étude clinique e anatomopathologique. Rev. Sud'Americaine de Med. et Chir. 5. 395/421; 1934.

6. — Correia Netto; A. — Tratamento cirurgico do megacolon pela resecção das chamadas esfinteres funcçionaes do intestino grosso. (Observação de 5 casos curados). Rev. de Cir. de São Paulo 1: 249/294; 1934.

7. — Correia Neto, A. — Relaciones patogenicas y concomitancia do megaesofago y megacolon. Rev. de Cir. de Buenos Aires: anno 13: n. 12; dezembro, 1934.

8. — Correia Neto, A. — Um caso de magocolo direito curado pela secção do "esfincter de Cannon".

Folia Clinica et Biologica: — anno 7; n.º 2; 1935.

9. — Etzel, E. — Neuropathologia do megaesôfago e megacolo (estudo de 5 casos) — An. da Fac. de Med. da Univ. de São Paulo: X; fasc. 3; 383/396; 1934.

10. — Etzel, E. — A avitaminose com agente etiologico do megaesôfago e megacolo.

An. da Fac. de Med. da Un. de S. Paulo; XI; fas. 1.º; 59/85; 1935.

11. — Finochetto, R. — Megasismoideum. Resultados alejados dela sigmoidectomia.

Rev. de Cir. de Buenos Aires. 12; 712/729; 1927.

12. — Hurst, A. F. — The Sphincters of the Alimentary Canal and their clinical significance. — Brit. Med. Journ. 1: 145/150; 1925.

13. — Hurst, A. F. e Rake, G. H. — Achalasia of the Cardia. Quarterly Journ. of Med. 23: 491/509; 1930.

14. — Judd, E. S. e Adson, A. W. — Lumbar Sympaticectomy and Ramisectomy for congenital Idiopathic Dilatation of the Colon. An. of Surg. 88: 479/498; 1928.

15. — Kuntz, A. — The Autonomic Nervous System, pgs. 190/205. Lea e Febiger, Philadelphia — 1929.

16. — Lehmann, W. — Die Aetiologie der sogenannten spastischen Erkrankungen des Magendarmkanaes Pylorospasmus, Kardiospasmus,

Hirschprung Krankheit. Bruns Beitrage z. Klin. Chir. 151; 395/470; 1931.

17. — Martin, E. e Burden, V. A. — The Surgical Significance of the recto-sigmoid sphincter. An. of Surg. LXXXVI; 86-91; 1927.

18. — Medeiros, C. R. — Tratamento cirurgico do megacolon. Thèse de São Paulo, 1929.

19. — Rankin, F. W. Bargen, J. A. Buie, L. A. — The colon, rectum and anus. Saunder, Philadelphia — 1934.

20. — Steward, J. A. e Rankin, F. W. — Blood supply of the large intestine — Arch. of Surg. 26; 843/891; 1933.

21. — Testut, L. e Jacob, O. — Traité D'Anatomie Topographique — 1.º vol.; 413/416. Doin — Paris, 1922.

22. — Testut, L. e Latarget, A. — Anatomia humana — 3.º vol. 435 e 443. Trad. hespanhola. Salvat — Barcelona, 1931.

23. — Vasconcellos, E. e Botelho, G. — Cirurgia do Megaesophago — 1935 — (Monographia ainda não dada á publicidade).

CHLORO-ANEMIA

APPROVAÇÃO da ACADEMIA de MEDICINA
de PARIS

Exigir os Verdadeiros

Pilulas e Xarope

BLANCARD

Blancard de PARIS
Assignatura e Etiqueta verde.

POBREZA DO SANGUE - ESCROFULAS

O melhor regulador do fígado e do intestino

SULFOBILINA

Enxofre colloidal, bile,
boldo, combretum,
podophyllum,
belladonna

Dose: 1 a 4 drageas
após as refeições

Laboratorio Gross - Rio de Janeiro

Notas sobre a terapeutica anti-luetica (*)

Arsenico e bismuto

Dr. José de Moraes Leme

Clinico em Espirito Santo do Pinhal.

(Conclusão)

Dahi a necessidade dos tratamentos mixtos (36-44-89-95-96-102): o arsenico para agir sobre as fôrmas vegetativas, trazendo o desaparecimento das lesões presentes da molestia; e o bismuto ou o mercurio, ativos sobre as fôrmas de reprodução, fazendo de tal fôrma o tratamento de fundo e prevenindo complicações futuras. Desde logo se deduz que o bismuto e o mercurio, embora não agindo intensamente sobre as fôrmas vegetativas do treponema, nem por isso deixam de fazer a cura das lesões atuais, pois as espiroquetas têm naturalmente tempo de vida limitado, e a não substituição das que morrem (pois a germinação das fôrmas reprodutoras é impedida) traz a cicatrização das manifestações.

E' interessante notar que a exuberancia de manifestações cutaneas como causa impiedente da sífilis nervosa tardia (22-36-54-67) — embora nem por todos admitida (81) — estava já prevista por Joseph (43) ha mais de vinte anos, quando ensinava que o tratamento intenso só deve ser feito depois de aparecidas as lesões secundarias.

E a existencia de fenomenos imunitarios naturais leva muitos autores até a contraindicar o tratamento arsenical forte de inicio, apregoando a necessidade de pequenas doses, não totalmente impiedoras das defesas espontaneas (58). Estes, porém, constituem minoria, comparados á corrente, que cada vez mais se avoluma, dos que acham preferivel nenhum tratamento arsenical á applicação de doses fracas, criadoras das arseno-resistencias, em muitos casos.

A eles se contrapõem, já agora, alguns outros que contraindicam de modo completo o uso do salvarsan, atribuindo-lhe a responsabilidade pelo aumento e pela precocidade da aparição da sí-

(*) O inicio deste trabalho sahlu em Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia, XXXI, 37, janeiro de 1936.

filis tardia. Assim, segundo IDE, professor de farmacodinamica na Universidade de Louvain (38), a tabes e a paralisia geral, que antes da era salvarsanica só se manifestavam 15 a 25 anos após o cancro duro, passaram a surgir após apenas 6 a 12 anos; a aortite, levando 23 a 27 anos nos doentes não tratados ou tratados fracamente pelo arsenobenzol, passou a aparecer, nos doentes tratados intensamente, apenas 14 anos após o sifiloma, e com carater mais grave.

SEDILLOT, citado por LAMOUROX (46), diz que o salvarsan é toxico para os nervos, em paridade de condições com o alcool e o chumbo (este ultimo suceptivel de transformar em maligna uma sifilis banal (89); e acrescenta o mesmo SEDILLOT que o arsenico é capaz de crear, por ações toxicas, pontos fracos ao nivel dos centros nervosos.

Os autores que, por outro lado, admitem a existencia de dois viros lueticos — um dermatropico, outro neurotropico —, inculcam tambem ao arsenobenzol a faculdade da transformação do primeiro no segundo (46).

— Não são, contudo, todos os sifiligrafos que admitem tal influencia do tratamento arsenical no provocar o aparecimento da lues nervosa (40-41-62-93); mesmo esses, porém, são concordes em que um tratamento arsenical exageradamente prolongado pôde ser tão prejudicial quanto uma cura insufficiente (104), o que aliás já Déjerine registrava, nos doentes tratados dum modo continuo pelo mercurio (24).

E' interessante notar como o salvarsan, ativissimo sobre as manifestações da sifilis atual (embora em muito casos não consiga prevenir as futuras, como já vimos), não correspondeu nas esperanças que surgiram após a descoberta da etiologia luetica da tabes e da paralisia geral. Não menos ensinamentos se tira do cotejo desse fato com aquele de os arsenicaes pentavalentes, inferiores aos trivalentes nas sifilis primaria e secundaria, darem resultados encorajadores na terapeutica da lues nervosa tardia. A explicação mais aceitavel para isso é que o salvarsan, para se tornar eficiente, deve sofrer fenomenos de oxidação, que se não processam no tecido nervoso, onde predominam as qualidades redutoras, que convêm exatamente para ativar os pentavalentes.

Contudo, a utilização de certos artificios tornou vulneravel a sifilis nervosa tardia: a febre artificial, principalmente pela malária, pelo Dmelcos e pelo enxofre, constitue uma das mais formidaveis conquistas da terapeutica contemporanea. JAUREGG, autor do metodo, interpretava a ação da malária por um duplo mecanismo: pela eficacia direta sobre a infecção luetica, do mesmo modo que o faz a proteinoterapia, e por uma reacção focal inflamatória nas lesões cerebraes (42); enquanto isso, outros attribuiam a ação curativa apenas ás altas temperaturas, letaes para as espiroquetas (fizemos menção, aliás, do artificio de tornar as

lesões não contagiantes pelo ar quente (5), esquecendo-se de que o calor ao qual elas não resistem é superior ao fornecido pelas varias fórmias de piretoterapia.

Breve se verificou a falibilidade da paludização: a cura por ela obtida não é definitiva em todos os casos (41-67); dahi o se lhe associar o tratamento antiluetico, arsenical ou bismutico, que, antes inoperante, se torna então extraordinariamente eficaz. Explica-se tal fato por ter o artifício utilizado conseguido a penetração do medicamento no tecido nervoso, sem isso impermeavel, pela sensibilização, identica á que se obtem em alguns casos de arseno-resistencia, atrás citados.

Si assim de fato acontece, como se explicaria o fato de alguns doentes haverem sarado só pela malaria, sem tratamento antiluetico subsequente? ainda não vimos explicado tal fato, e por isso ousamos aventar uma hipotese, que só a observação cuidadosa de numerosos casos, pelos neurologistas, poderia confirmar ou não: tratar-se-ha provavelmente de doentes em quem foi tentado o tratamento antiluetico; falhado este, recorreu-se á malaria, quando havia ainda depositos medicamentosos no organismo, os quaes foram mobilizados e tornados uteis pela paludização.

E' curioso notar que não têm sido igualmente coroadas de sucesso as applicações do metodo de KYRLE, tentando tratar pela malaria tambem a lues precoce: mesmo associada ao tratamento especifico, a percentagem de curas não é satisfatoria e as recaídas são menos accessiveis a tratamento ulterior (85); por isso, aconselha-se reservar este artifício aos casos quimio-resistentes (vide acima, arseno-resistencia). Lembremos ainda que ha mais de vinte anos JOSEPH observava a atenuação e até o desaparecimento dos exantemas lueticos pela superveniencia duma infecção intercurrente, qual a febre tifoide, a variola, a pneumonia, a erisipela, enquanto que a malaria e o alcoolismo eram causas de agravação (43).

Quanto ao medicamento complementar da malarioterapia, usou-se primeiramente (e muitos ainda usam) o salvarsan; a tendencia atual, porém, é contraindica-lo nesse estado, por perigoso, susceptivel de causar accidentes até mortaes, favorecendo o aparecimento de ictus (44-112-114); as preferencias são para o bismuto (que alguns até aconselham como terapeutica de afecções nervosas mesmo não provadamente lueticas [83]) e os arsenicaes pentavalentes, aliás applicados com sucesso tambem sem malaria concomitante (81-94-97).

— Para explicar a atuação das terapeuticas sensibilizantes (malaria e outras), na sífilis nervosa tardia e nas fórmias arseno-resistentes da sífilis evolutiva, atribue-se hoje notavel ação ao sistema reticulo-endotelial, cuja intervenção seria preponderante na cura das molestias em geral e particularmente na formação dos processos imunitarios (21).

Assim, nos casos de resistencia, esta teria lugar por encontrar-se o S. R. E. incapaz de reagir á medicação empregada, sendo justamente as terapeuticas sensibilizantes, atrás indicadas, dotadas do poder de tornar tal sistema capaz de reacionar.

Da mesma fórmula se explicariam um certo numero de accidentes, imprevisíveis por se achar o organismo aparentemente normal: encontrando bloqueado o S. R. E., no qual sofre o medicamento as transformações que o tornam ativo, permanece ele em outros tecidos, nos quaes as mutações quimicas se processam de modo diferente. Isto explica o fato de ser particularmente perigoso o salvarsan, cuja molecula complexa é, mais do que outros preparados mais simples, suceptivel de sofrer transformações que a tornam toxica.

VI

INDICAÇÕES DO ARSENICO E DO BISMUTO

Do que temos dito atrás sobre a insuficiencia do tratamento salvarsanico isolado; sobre os perigos dos accidentes arsenicaes; sobre a possivel ação nociva da medicação arsenobenzolica, para muitos capaz de, em vez de evitar a sífilis nervosa tardia, provocar a sua aparição, mais grave e mais precoce; sobre a frequencia das arseno-resistencias, arseno-ativações e arseno-recidivas — de tudo isso decorreu a inversão das opiniões modernas sobre o 914, tendentes a limitar, ou até, para alguns, a banir o seu emprego, mesmo nas fórmulas precoces da molestia. E, embora a maioria dos sifiligrafos ainda permaneçam fieis ao salvarsan, já não é pequeno — e cresce cada dia — o numero dos que aconselham a terapeutica bismutica exclusiva, ou pelo menos principal, desde o tratamento de ataque.

Assim é que, apesar de CRAPS (18) qualificar de “abuso” o tratamento bismutico exclusivo; de a maioria dos autores — consultados em inqueritos procedidos por periodicos científicos ou falando em congressos da especialidade — serem de opinião que se reserve o bismuto para os casos de arseno-resistencia (71-82-102-103), escreve Clément SIMON (99), uma das grandes autoridades contemporaneas da sifiligrafia:

“Ha quem se admire ás vezes de ver medicos tratar inteiramente os seus sifiliticos apenas pelo bismuto. Eu creio que este metodo pôde justificar-se. Da minha parte, tenho seguido sistematicamente um grande numero de casos e os resultados que obtive são comparaveis aos que se conseguem com o arsenico”.

Egualmente, SCHWARTZ (92), baseado em 5.000 doentes tratados no espaço de dez anos exclusivamente pelo bismuto, no serviço de Louis FOURNIER, diz ter sido sua eficacia igual á dos arsenobenzoes e sem os inconvenientes destes. Da mesma opinião

é QUEYRAT (69-70), um dos ultimos especialistas que permaneciam até agora fieis ao velho 606, e que se declarou resolutamente partidario do bismuto.

De fato, os medicos não especialistas, mormente os que militam no interior, e mesmo os que têm clientela particular notavel nas grandes capitaes, não esquecem o ensinamento de Miguel Couto, que não conseguia dormir socegado após ter administrado uma injeção de salvarsan (108).

Com efeito, si os accidentes após a applicação deste preparado se reduzem cada vez mais, com os incessantes progressos da quimica e da clinica, não menos verdade é que nem em toda a parte existem laboratorios e especialistas aptos para descobrir com exactidão todas as contraindicações. E mesmo assim, já vimos acima que ha accidentes, e até mortaes, imprevisiveis por completo, mesmo com a dose inicial pequena destinada a tactear a sensibilidade do paciente; a apoplexia serosa, geralmente mortal, ocorre em regra no terceiro dia após a terceira injeção, em doente normal na apparencia e que assim perde a vida sem que nada o fizesse prever.

Quando o accidente mortal ocorre nas mãos dum especialista de reputação firmada, e mormente quando num hospital ou numa clinica de fama, e ainda mais com doente anonimo, a repercussão costuma ser pequena e tem lugar num ambito limitado, onde todos compreendem a inevitabilidade do caso. Mas, com um clinico geral, que exerce sua actividade em meio restrito, sujeito ás criticas dos leigos, que tudo julgam — da politica internacional ás brigas de galo — a questão é muito mais séria, principalmente si o paciente infeliz for pessoa de representação, embora pequena; o menos que pôde ocorrer ao medico infeliz é ter de mudar-se, abandonando clientela feita, que representa longos anos de trabalho e sacrificio. (E' bom resalvar que semelhante accidente até agora não ocorreu com o autor destas linhas — graças a Deus! — e que portanto não se trata de uma auto-defesa, mas de consideração de ordem geral).

Compare-se tal possibilidade com a eventual observação de arseno-resistencia, que torne inefficazes os riscos corridos pelo paciente e pelo medico que o trata; com a não impossivel confirmação dos efeitos do salvarsan como provocador da lues cardiovascular ou nervosa tardia; e em seguida leia-se o resumo de tres observações de GOUGEROT — sifiligrato emerito e partidario do salvarsan em altas doses (34):

1. M. H. — sifilis primo-secundaria; injeções de novarseno-benzol, de 0,15 a 1.05, totalizando 6,20 (doente pesando 70 kilos): persistencia das manifestações. Tratamento bismutico: inicio de melhoras á terceira injeção, ficando o doente curado ("blanchi") antes de 12.^a.

— Que se nos perdoe a audacia de, ao lado deste caso de *GOUGEROT*, lembrar um nosso, recentissimo, que tanto se nos gravou na memoria: era uma menina de treze anos, vitima de uma tentativa de estupro (que não se consumou pela insuficiencia de seus orgãos genitales), contraindo em consequencia blenorragia e sífilis; assumindo a direção da enfermaria do Hospital em que estava internada, encontrámos, quaes manifestações lueticas, roseolas típicas e lesões papulo-erosivas na mucosa vulvo-vaginal, ao lado de manifestações articulares e de nefrite, com albuminuria macissa. A doentinha vinha sendo tratado pelos colegas que nos antecederam (no Hospital local o serviço das enfermarias geraes é distribuido entre os medicos do corpo clinico, cada mez servindo um na seção das mulheres e outro na dos homens), por um preparado salvarsanico de applicação intramuscular (temeu-se a via venosa pela albuminuria e tambem pela dificuldade da tecnica, pois a menina estava toda edemaciada), de que tomou toda uma série sem resultado; á applicação do bismuto, o que primeiro cedeu foi a nefrite, depois melhoraram as perturbações articulares e finalmente cicatrizaram as manifestações cutaneo-mucosas — tudo isso em menos de quinze dias, quando já fazia mais de um mez que estava em tratamento arsenical.

Mas passemos a outro caso de *GOUGEROT*:

2. J. D., sífilis secundaria; injeções de 914, de 0,15 a 0,90, totalizando 5,85 (doente pesando 59 kilos); regressão das manifestações, mas recidivas com erupção papulo-ulcerosa, *seis dias após a ultima dose de 0,90* de 914; tratamento bismutico, trazendo cura rapida, sem recidiva.

3. E. D., sífilis tratada durante oito anos, quatro vezes por ano, desde a aparição do cancro, por 914 ou sulfarsenol, totalizando 6 a 7 grs. por cura; apesar da aparente cura clinica, persistencia de Wassermann irredutivelmente positivo durante os oito anos; tratamento bismutico, compreendendo doze injeções cada uma; baixa do Wassermann desde a primeira cura e sua negatificação após a terceira, assim persistindo durante os tres anos que se seguiram até ser publicada a observação.

E o clinico geral, que vê em taes casos, tão característicos (que poderiam ser multiplicados á vontade; citamo-los como típicos, provenientes *dum só artigo* dum partidario decidido do 914 em altas doses), o bismuto agir quando o arsenobenzol falhou, pergunta medrosamente aos mestres da materia: si, nos casos de arseno-resistencia ou arseno-recidiva, o bismuto age tão eficazmente, porque não erigir o seu uso em pratica corrente, e — em vez de reservar o bismuto para as falhas do arsenico — reservar o arsenico para as falhas do bismuto? O tratamento bismutico é mais facilmente aceito pelo doente: uma injeção intramuscular não dolorosa ou pouco dolorosa (ha preparados bismuticos em taes condições e nem por isso menos ativos, como já vimos

atrás) inspira menos receio que uma injeção endovenosa, e ainda mais de 914, cujos perigos não ha leigo que ignore (embora poucos saibam que ha accidentes completamente imprevisíveis, mesmo com os maiores cuidados).

E si a atividade é quasi igual — o bismuto faz desaparecer as lesões primarias e secundarias quasi tão rapidamente quanto o 914 —, o unico argumento restante para preferir os arsenobenzoes, no dizer de IDE (38), já citado, seria o monetario...

Nós não vamos tão longe, e preferimos subscrever mais uma vez a opinião de CLE'MENT SIMON (98-99): "Disse muitas vezes, e repito, porque é minha convicção absoluta, que as injeções intra-venosas de arsenico não devem ser praticadas sinão pelos sifiligrafos, não por causa da tecnica, hoje ao alcance de todas as jovens mãos, mas por causa da delicadeza do manejo das doses e da responsabilidade que decorre dos erros que muitas vezes se cometem. O arsenico é um medicamento eficaz, mas de emprego difficil para os que não o manejam diariamente".

De fato: vejamos a questão das doses. No respectivo capitulo dissemos como é unanimemente preconizada, entre os sifiligrafos modernos, a necessidade das doses altas (52), de 0,90 até 1,05 e até 1,35, ao lado da ineficacia e até dos maleficios das pequenas doses, creadoras de gerações de espiroquetas salvarsan-resistentes e de candidatos á sífilis nervosa tardia.

Abra-se, entretanto, o interessante livreto distribuido recentemente pelo propria casa preparadora do produto, e como reclame dele (100), e lá se verá fixada a dose de 0,45 como a maxima para as mulheres: "no homem, *póde-se atingir* a dose de 0,60" (o grifo é nosso). Essa publicação dá importancia á dose total injetada em cada cura (5 a 6 grs. para as mulheres, 7 a 8 para os homens), ensinando: "são perigosas e ecessivas as doses isoladas de 0,75 a 0,90 de neosalvarsan".

Emquanto isso, MILIAN (56), cujas regras de tratamento são as seguidas pela maioria dos sifiligrafos francezes, declara: "O que é importante nas curas não é a dose total do medicamento injetado, como dizem os medicos a cada instante, mas a dose macissa repetida varias vezes".

Ora, entre nós ainda se hesita no adotar essas doses; pro-va-o bellissimo trabalho, oriundo dum dos nossos mais acatados institutos científicos (11) e publicado ha poucos mezes: sífiloma primitivo da conjuntiva, contraído profissionalmente, diagnosticado após trinta dias, quando já se esboçavam roseolas. Qual o tratamento desse caso, em pleno secundarismo e portanto tratado tardiamente, pela dificuldade de diagnostico, e sendo o paciente medico? — cinco injeções de 914 (uma de 0,15, uma de 0,30 e tres de 0,45), totalizando 1.80, e seis injeções de Yambi; com isso, diz a observação, "já se considera curado" o paciente, reiniciando as suas atividades. Ora, nesse caso, nem foram atin-

gidas as doses maciças isoladas que preconiza Milian, nem foi totalizada a quantidade que tanto a casa produtora quanto os sifilígrafos prescrevem, nem o tratamento bismutico associado foi suficiente; o doente ficou livre das manifestações actuaes, "blanchi", diriam os francezes; mas o futuro?

E por que, em tal caso, o tratamento foi assim fraco? porque nem o paciente, também medico, quiz correr os riscos, nem os colegas que o trataram quizeram assumir a responsabilidade de dar doses altas de neosalvarsan.

Não ha duvida que entre nós assim acontece na maioria dos casos; em trabalho oriundo da Fundação Gaffrée-Guinle, como demonstração do valor duma nova marca de novarsenobenzol (30), a dose curativa é fixada em 0,60, nos casos de lues contagiante.

Si tase doses pequenas são antes prejudiciaes que uteis, na opinião dos mestres da materia (20-33-51-95-96-97-112), e é preferivel não dar 914 que dar nessas quantidades — mais vale uma abstenção que não causa prejuizos ao doente.

Aliás, já em 1926 escrevia HENRI BOUQUET (9): "Ha já muito julguei que as injeções intravenosas" (de 914) "não tinham probabilidade de se tornar metodo terapeutico corrente na clinica particular. Não desdigo meus argumentos. Era certo que, no dia em que se propuzessem ao clinico geral processos menos complicados, ele se apressaria de os adotar. E depois, os arsenobenzoes fizeram em verdades falar demasiado de si, e nem sempre bem. Ha, com eles, riscos que não se gosta de correr, nem de fazer correr aos doentes".

O tratamento mixto, arseno-bismutico ou arseno-mercurial, permite lançar mão de preparados outros, mesmo arsenicaes, que não os arseno-benzoes por via venosa, sejam eles também trivalentes, por via muscular, sejam pentavalentes, por via intramuscular ou oral.

Quanto aos primeiros, si a via não venosa diminue as probabilidades de perigo, não os afasta de vez, persistindo ainda a questão das resistencias no mesmo pé.

Quanto aos pentavalentes, si ha quem os use na sífilis recente (31-47-115), é mais geral a sua indicação antes para a lues nervosa ou latente; no tratamento de ataque, eles fazem também desaparecer as lesões cutaneo-mucosas, com maior ou menor celeridade, mas não se recomendam como tratamento de fundo: "Não podemos subscrever a opinião dos que a preconizam" (a medicação pelos arsenicaes pentavalentes) "no tratamento de ataque da sífilis", escreve SE'ZARY (97), aliás, um dos campeões da medicação por esses preparados na lues nervosa. "Nesse estado precoce da infecção, só nos doentes intolerantes ao arsenico trivalente é que a empregamos, associada ao bismuto; mas, repe-

timos, si tivermos de empregar uma unica medicação, é o bismuto e não o arsenico pentavalente que escolheremos”.

E, de acordo com as palavras que atrás reproduzimos de Clément Simon, recomendando a restrição das injeções de arsenobenzol aos especialistas e achando defensavel o tratamento bismutico; levando em conta ainda outras opiniões favoraveis ao seu emprego, não sendo a isso extranha a introdução dos preparados lipo-soluveis, que converteram entre outros, QUEYRAT — um dos raros que não abandonaram o 606 pelo 914 — e EMERY — o primeiro a empregar o 606 na França e que hoje abandonou o arsenico intravenoso pelas injeções intramusculares de bismuto associadas ao treparsol por via oral (98) — vemos que, ao clinico não especialista que cure os seus sifiliticos só pelo bismuto desde o inicio da molestia, não ha acusa-lo de tratar insuficientemente os seus clientes; e ainda mais, si, em vez dum tratamento monomedicamentoso, fizer uma terapeutica mixta, entrando embora o bismuto como principal e não como auxiliar.

Por fim, concluímos voltando ao que dissemos de inicio: que nosso intuito não era expor um ponto de vista pessoal e defende-lo com argumentos irrespondiveis, mas apenas realizar um trabalho de coordenação, expondo as diferentes opiniões e seus fundamentos, sem entre elas decidir, para o que nos faltam experiencia e autoridade.

Mostrámos simplesmente que o 914, embora ainda goze das preferencias da maioria, tem graves inconvenientes, pelo menos no estado atual da ciencia, não só pelos accidentes que pôde provocar, como pela insegurança de seus efeitos, havendo quem chegue a considera-lo mais perigoso que a propria sifilis.

Por outro lado, o bismuto, de efeitos perfeitamente satisfatorios e á custa de perigos, não totalmente ausentes, mas infinitamente menores, é suficientemente ativo para que o seu uso seja cada vez mais largo e se torne o medicamento de escolha para o medico não especialista, que atúa em meio restrito, no qual ha carencia de certos recursos e onde a possibilidade de accidentes não é de se desprezar.

A titulo de curiosidade, incluimos em anexo um quadro dos preparados arsenicaes trivalentes, outro dos pentavalentes e outro dos bismuticos. Não temos a pretensão de que sejam completos nem isentos de erros, e por isso agradeceremos as informações que nos permitam corrigi-los ou amplia-los. Esperamos, apenas, com eles, prestar algum serviço aos que se interessam pelo assunto.

VII
LISTA DE PREPARADOS
A) ARSENICAES TRIVALENTES

N.º	MARCA	FABRICANTE	COMPOSIÇÃO QUÍMICA	PERCENT. DE AS	DOSES USUAES	VIA DE APLICAÇÃO
1.	Arsenomyl (802 de Mouneyrat)		derivado do Galyi	15,5 a 16,5	0,30 a 1,20	muscular
2.	Eparseno (132 de Pomaret)	Poulenc	amino-arseno-fenol	40	0,10	muscular
3.	Eparseno infantil	idem	idem	idem	0,05	idem
4.	Galyi (1.116 de Mouneyrat)		tetraoxi-ufosfo-amino-diarsenobenzol	35 de As e 7,2 de P	0,10 a 0,20	venosa
5.	Luargol (102 de Danysz) e seu sal disodico		sulfato de di-oxi-amino-arsenobenzolato de bromureto de prata e antimonio	18 a 20	0,05 a 0,30	idem
6.	Myosalvarsan	I. G. Farben-industrie	dioxi-diamino-arsenobenzol-dimetano-sulfonato de sodio	—	0,12 a 0,60	muscular
7.	Neoiacol	I. S. M.	idem	—	0,05 a 0,60	idem
8.	Neo I. C. I.	Istituto Chimio-terapico Italiano	diamino-arseno-benzol-monometan-sulfoxilato de sodio	—	idem	idem
9.	Neomesarca	Roche	dioxi-diamino-arsenobenzol-metileno-sulfoxilato de sodio	20	0,15 a 1,05	venosa
10.	Neosalvarsan (914 de Ehrlich)	I. G. Farben-industrie	idem	idem	idem	idem
11.	Neosilbersalvarsan	idem	neosalvarsan com prata	—	—	—
12.	Novarsenobenzol Billon	Poulenc	dioxi-diamino-arsenobenzol-metileno-sulfoxilato de sodio	20	0,15 a 1,05	venosa
13.	Rhodarsan	Usines du Rhone	idem	idem	idem	idem
14.	Salvarsan (606 de Ehrlich)	I. G. Farben-industrie	dichloridrato de dioxi-diaminoarsenobenzol	30	0,10 a 0,60	idem
15.	Sanluol		a do salvarsan	30	0,15 a 1,00	oral
16.	Solusalvarsan	I. G. Farben-industrie	diacetil-amino-oxiarsenobenzol-fenoxiacetato de sodio	—	0,10 a 0,60	muscular
17.	Sulfarsenol	Labor. de Biochimie Médicale	dimetileno-diamino-arsenofenol-sulfonato de sodio	21	0,005 a 0,96	muscular e venosa
18.	Sulfarsenol-zinco		sulfarsenol e zinco	—	—	
19.	Sulfomesarca	Roche				muscular
20.	Sulfotreparsenan	Clin	dioxi-diamino-arsenobenzol-metileno-sulfoxilato de sodio	20	—	muscular
21.	Trilues		arsenobenzol com glicose e piperazina	—	1 ½ do 914	muscular e venosa

B) ARSENICAES PENTAVALENTES

N.º	MARCA	FABRICANTE	COMPOSIÇÃO QUÍMICA	APRESENTAÇÃO FARMAC.	DOSES USUAES	VIA DE APLICAÇÃO
1.	Acetarsone		acido oxi-acetil-amino-fenil-arsinico	—	—	—
2.	Acetylarsan	Usines du Rhone	oxiacetil-amino-fenil-arsinato de dietilamina	emps. de 3 cc. a 23,6%	0,15	muscular
3.	Acetylarsan infantil	idem	idem	emps. de 2 cc. a 9,4%	0,04	idem
4.	Arsacetina		acido acetarsanilico	—	—	—
5.	Arsaminol	Clin	acetil-amino-oxi-fenil-arsinato de dietil-amino-etanol	empolas de 3 e 5 cc. a 26,13 %	0,15 a 0,25	muscular
6.	Arsaminol infantil	idem	idem	empolas de 1 ½ cc. a 13,06 %	0,025	idem
7.	Arsenililide (Béchamps, 1863)		formula primitiva de Atoxyl	—	—	—
8.	Atoxyl		sal monosodico do acido paramino-fenil-arsinico	—	—	—
9.	Hectine	Mouneyrat	acido benzo-sulfo-arsanilico	empolas A — B —	0,10 0,20	muscular
10.	Paroxyl	I. G. Farben-industrie	acido oxiacetil-amino-fenil-arsinico	comprs. adultos infantis	0,25 0,01	oral
11.	Pentalues			—	—	muscular
12.	Spirocid (ver Paroxyl)			—	—	—
13.	Stovarsol	Poulenc	acido-oxiacetil-amino-fenil-arsinico	comprs. adultos infantis	0,25 0,01	oral
14.	Stovarsol sodico	idem	oxiacetil-amino-fenil-arsinato de sodio	empolas	0,50 a 1,0	muscular
15.	Stovarsol zinco	idem	idem de zinco	—	—	—
16.	Treparsol		acido formil-meta-amino-fenil-arsinico	comprs. adultos infantis lactentes	0,25 0,10 0,02	oral
17.	Tripothano ou		derivado fenil-glicinico do acido arsínico	—	3,0	venosa
18.	Tryparsamida					

C) BISMUTICOS

a) por ordem alfabetica

N.º	MARCA	FABRICANTE	COMPOSIÇÃO QUÍMICA	FÓRMA FARMAC.	VOL. DAS EMPOLAS EM CC.	QUANT. DE BI METAL. POR EMP.
1.	Amalgama de bismuto		Bismutho ($\frac{3}{4}$) e mercurio ($\frac{1}{4}$)	susp. ol.	$\frac{3}{4}$	0,075
2.	Arsenbi		arsenico e bismutho	sol. aq.	2	—
3.	Aspir	Lab. Paulista de Biologia	Citrobismutato de sodio	sol. aq.	2	0,008
4.	Benzobismuto	Millot (Paris)	Trioxibismuto benzoato de sodio	sol. aq.	2	0,15 a 0,20
5.	B. I. A.		Hidroxido de bismuto	susp. ol.	—	0,10 a 0,25
6.	Blasarsan		Cacodilato de bismuto	sol. aq.	—	0,03 a 0,06
7.	Blazan	Lab. des Anti-génines	metil-hidro-cinamato basico de bismuto	sol. ol.	2	0,07
8.	Bidrarsan	Lab. Chimio-Sintetico (S. Paulo)	arseno-metil bismutato de sodio (0,05) e sulfonato de mercurio (0,012)	sol. aq.	2	—
9.	Biodyl	Soc. Prod. Duco	oxiiodeto de bismuto a 10%	susp. ol.	1,5	—
10.	Bi-li-sol	Drs. Fevero & Bruno (Milano)	canfocarbonato de bismutila	sol. ol.	1	0,04
11.	Bioxyl	Inst. Biot. Americano (S. Paulo)	oxiiodeto de bismuto	susp. ol.	1	0,18
12.	Bisarsen		bismuto-arsenamina sulfonato de sodio	sol. aq.	—	0,04
13.	Bischlorol		oxicloreto de bismuto	susp. aq.	2	0,16
14.	Bisiacol	I. S. M.		susp. ol.	2,2	0,12
15.	Bismanion	Inst. de Fisiologia Aplicada (Rio)	iodobismutito de sodio	sol. aq.	1,5	—
16.	Bismargyl	L. Pinto & Cia.	bismuto e mercurio	susp. ol.	2	—
17.	Bismarsen	L. B. C.	fosfato de bismuto	sol. aq.	1	0,02
18.	Bismarsol	Zambeleti	arsenobismutato de sodio	sol. aq.	2 5	0,04 0,10
19.	Bismercan	Inst. Nac. Farmacologia (S. Paulo)	complexo molecular bismuto-iodo-hidargirico	susp. ol.	1,5	0,06
20.	Bismhydrol	Ippe	hidroxido de bismuto	susp. ol.	2	0,10
21.	Bismiodase	Lab. Ernani Lamba	iodeto de bismuto e tio-sulfato de sodio	sol. aq.	2 1	0,025 (ad.) 0,01 (inf.)
22.	Bismocytol	Inst. Biochimico	iodeto de bismuto	sol. aq.	—	—
23.	Bismodex	Inst. Med. Ferreira & Castro (Rio)	idem	susp. ol.	1,5	0,05 (ad.) 0,025 (inf.)
24.	Bismogenol	Tosse	oxiacido benzoico-bismutila	susp. ol.	1,2	0,06 (ad.) 0,03 (inf.)

N.º	MARCA	FABRICANTE	COMPOSIÇÃO QUÍMICA	FÓRMA FARMAC.	VOL. DAS EMPOLAS EM CC.	QUANT. DE BI METAL. POR EMP.
25.	Bismomercu- rion	Inst. Brasileiro de Electrocoloi- doterapia	complexo electro-coloidal de Bi e Hg	susp. aq.	2 5	(via musc.) (via venos.)
26.	Bismophan		fenilencichoninato de bismuto	susp. ol.	—	—
27.	Bismophanol	Riedel	idem	susp. ol.	1	—
28.	Bismoprotine	Roche	albuminato de bismuto	susp. aq.	—	—
29.	Bismoxyll	Inst. Biot. Ame- ricano (S. Paulo)	hidroxido de bismuto	susp. ol.	1	—
30.	Bismucithina Conta	Iba	idem	susp. ol.	2	—
31.	Bismugolol	Quimiot. Brasil. Ltda.	iodobismuto de quinino	susp. ol.	2	0,10
32.	Bismuquino	Raul Leite	associação de bismuto lipo- soluvel, insoluel e iodo	susp. ol.	2	0,05
33.	Bismusalil	Inst. Biot. Bra- sileiro		susp. ol.	1	—
34.	Bismuserum	Degewop	subsalicilato de bismuto	susp. ol.	2	0,06
35.	Bismuthan	L. Pinto & C.	hidroxido e salicilato de bismuto	susp. ol.	2 2 4	0,10 (simp.) 0,20 (A) 0,30 (B)
36.	Bismuthan so- luvel	idem	iodeto de bismuto	sol. aq.	—	—
37.	Bismuthase	Couturieux	bismuto coloidal	susp. aq.	3	—
38.	Bismuthion		idem	susp. aq.	—	0,10 a 0,20
39.	Bismuthoidol	Robin	idem	susp. aq.	2	0,008
40.	Bismutho Dal- lari	Dallari	iodobismutato de quinino	susp. ol.	2	0,06
41.	Bismutho in- fantil	Silva Araujo	carbonato de bismuto	susp. ol.	1	—
42.	Bismuthosterol			sol. ol.	—	0,06
43.	Bismuthonoid			—	—	—
44.	Bisobi		triiodeto de bismuto	sol. ol.	2	0,06
45.	Bisphol	Zambeleti	fosfobimutato de sodio	susp. ol.	1,25	—
46.	Bistorol		oxidoamino-fenilarsinato de bismuto	susp. ol.	—	0,08
47.	Bisuccil	Lab. Monteiro Lazaro	succinato de bismuto	susp. ol.	3	0,225
48.	Bisulfur	F. I. S. M.	tartarato de bismuto e enxofre soluvel	sol. aq.	2	(muscular e benosa)
49.	Bisulin	Degewop	subsalicilato de bismuto	sol. ol.	2	—
50.	Bivatol		carboxi-etil-metil-nonoato de sodio	sol. ol.	—	0,08
51.	Carbobi	Moerbeck	carbonato de bismuto	susp. aq.	—	0,01 (A) 0,02 (B) 0,03 (C)

N.º	MARCA	FABRICANTE	COMPOSIÇÃO QUÍMICA	FÓRMA FARMAC.	VOL. DAS EMPOLAS EM CC.	QUANT. DE BI METAL. POR EMP.
52.	Carby	Silva Araujo	carbonato de bismuto	susp. ol.	1	0,10
53.	Cardyl		canfocarbonato de bismuto	sol. ol.	—	0,04 a 0,08
54.	Carlipol	Inst. Med. Ferreira & Castro	carbonato de bismuto	susp. aq.	2 1,5	0,10 (ad.) 0,04 (inf.)
55.	Casbis	Bayer	hidróxido de bismuto	susp. ol.	1,5	0,10
56.	Citrobi	Inst. Brasil. de Microbiologia	citrate de bismuto	sol. aq.	2	0,026
57.	Colomy (infantil)	idem	idem	idem	1	0,002
58.	Crinobi	Inst. Pradiguer Pedrosa	carbonato de bismuto	susp. aq.	1,5	0,07 (ad.) 0,03 (inf.)
59.	Curalues		carbonato de bismuto	susp. ol.	—	0,08 a 0,16
60.	Cytarsan		cacodilato de bismuto	sol. aq.	—	0,03 a 0,06
61.	Desbi	Lab. Chimioterapico (Rio)	iodobismutato de sodio	sol. aq.	2	0,01 (ad.) 0,003 (inf.)
62.	Elbian	Iatrochimica (Rio)	iodeto duplo de bismuto e sodio	sol. ol.	—	0,06
63.	Embial		canfocarbonato de bismuto	sol. ol.	—	0,04 a 0,08
64.	Encepalmine		palmitato de bismuto	susp. ol.	—	idem
65.	Ercidylato		cacodilato de bismuto	sol. aq.	—	0,03 a 0,06
66.	Eritrobi	Moura Brasil	iodeto de bismutita	susp. ol.	2	0,03
67.	Erythrolues		iodobismutato de quinino	susp. ol.	—	0,02 a 0,05
68.	Erythroluol	Labor. Pantherapico	oxiideto de bismutita	susp. ol.	1,5	—
69.	Espirilan	Inst. Paulista de Biochimica	hidróxido de bismuto	susp. ol.	2	—
70.	Galisol	Inst. de Therapia Associada (Itajubá)	iodeto de bismuto	susp. ol.	2	0,05
71.	Gallobis	Raul Leite		sol. ol.	2 1	0,02 (ad.) 0,01 (inf.)
72.	Hanbis	L. P into & Cia.	bismuto e chalmogra	susp. ol.	5	—
73.	Hormobismol	Vital Brasil	hidróxido e carbonato	susp. aq.	2	0,07
74.	Hydrocarbi		idem	susp. ol.	2	0,07
75.	Hyobilithio		iodetos de bismuto, mercurio e litio	sol. aq.	2	0,003
76.	Iobichin	I. C. I.	iodobismutato de quinino	susp. ol.	2	—
77.	Iobil	Inst. Humanitas (S. Paulo)	oxiideto de bismuto	susp. ol.	2 3 1	0,06 (normal) 0,08 (forte) 0,03 (inf.)
78.	Iodobisman	Pio, Miranda & Cia.	idem	susp. ol.	1,5	0,05
79.	Iodobismuthato de quinino	Fraisse	iodobismutato de quinino	susp. ol.	4	0,05

N.º	MARCA	FABRICANTE	COMPOSIÇÃO QUÍMICA	FÓRMA FARMAC.	VOL. DAS EMPOLAS EM CC.	QUANT. DE BI METAL. POR EMP.
80.	Iodobismuthato de quinino	L. P. B.	iodobismutato de quinino	susp. ol.	2,5	0,05
81.	Iodobismutho	R. C.	idem	idem	—	—
82.	Idem	Sacca	idem	idem	—	—
83.	Iodobismuthol		iodobismutato de sodio	sol. aq.	—	—
84.	Iodophosphobi	Gross		susp. ol.	—	—
85.	Iogal		iodobismutato de quinino	sol. aq.	2	—
86.	Iomuni	Vital Brasil	idem	susp. ol.	2	0,07
87.	Ionoide de Bismutho		bismuto coloidal	susp. aq.	—	—
88.	Lipobi	Silva Araujo	iodeto de bismuto	sol. ol.	1	—
89.	Lipocarbil	Granado	subcarbonato de bismuto	susp. ol.	1,5	—
90.	Lipocarbisan	L. B. C.	carbonato de bismuto	susp. aq.	1 1 2	0,02 (A) 0,05 (B) 0,10 (C)
91.	Lipoquinbil	Granado	iodobismutato de quinino	susp. ol.	2	—
92.	Lual		tartaro bismutato de uranio e amonio	sol. aq.	—	0,05
93.	Luebisol	Instituto S. Jorge	iodobismutito de sodio	sol. aq.	1,5	0,0255
94.	Lues Duco	Soc. Prod. Duco	citrobismutato de sodio	sol. aq.	2	—
95.	Luetol		tartarobismutato de potasio e sodio	sol. aq.	—	0,07
96.	Meningobis	Raul Leite	iodobismutito de sodio	sol. aq.	1	0,025
97.	Muthanol	G. Fermé (Paris)	hidroxido de bismuto	susp. ol.	2 3 1	0,13 0,26 0,026 (inf.)
98.	Muthiol	Inst. Biochimico	cloro bismutita	sol. ol.	2	0,05
99.	Myobismutho	Lab. Luiz P. Barreto	hidroxido de bismuto	susp. ol.	2 1,5	0,06 0,045 (inf.)
100.	Naiobi	Moura Brasil	iodobismutito de sodio	sol. ol.	—	—
101.	Natrol	L. C. Silva Araujo	tartarobismutato de sodio	sol. aq.	2	0,038
102.	Neobismertcan	Inst. Nacional de Farmacologia	iodobismutito de sodio	sol. aq.	1	0,05
103.	Neobismol	J. Santos & Cia.	hidroxido de bismuto	susp. ol.	2	—
104.	Neobismosalvan	Gedeon Richter	iodobismutato de quinino	susp. ol.	2	—
105.	Neoby		iodobismutato vanadico	sol. aq.	—	—
106.	Neocardyl	Specia	butiltiolarato de bismuto	sol. ol.	1,5 1	0,075 0,015 (inf.)
107.	Neogalby	Lab. Heitor Sampaio (Rio)		sol. aq.	2	0,03
108.	Neolux	Moura Brasil	iodobismutito de sodio, metavanadato de sodio e gliconato de calcio	—	—	—

N.º	MARCA	FABRICANTE	COMPOSIÇÃO QUÍMICA	FÓRMA FARMAC.	VOL. DAS EMPOLAS EM CC.	QUANT. DE BI METAL. POR EMP.
109.	Neotrepol		bismuto metálico	susp. aq.	—	0,20
110.	Neurobis	Sanat. Botafogo	hidróxido de bismuto	susp. ol.	2	—
111.	Novion	Dias da Cruz	sulfureto de bismuto coloidal	susp. aq.	1 2	0,02 (n.º 1) 0,04 (n.º 2)
112.	Novobi	Lab. Helios	citrato de bismuto	sol. aq.	2	—
113.	Olbia		canfocarbonato de bismuto	sol. ol.	—	0,04 a 0,08
114.	Oleobis		oleato de bismuto	susp. ol.	—	0,10
115.	Oxiobi	Lab. Eutheric Nacional	oxiideto de bismuto	susp. ol.	2	—
116.	Oxymuth		hidróxido de bismuto	susp. ol.	—	0,10 a 0,25
117.	Pallícida	Lab. Malpi (Rio)	iodobismutito de sódio	sol. ol.	2 2	0,12 0,06 (inf.)
118.	Panluol	Lab. Brasileiro de Terap. (São Paulo)	iodobismutato de quinino	susp. ol.	2	0,04
119.	Phosphobismol	Gross	fosfato de bismuto	susp. ol.	2	0,10
120.	Quinby	Aubry	iodobismutato de quinino	susp. ol.	3	0,05
121.	Quinby solúvel	idem	idem	sol. aq.	—	0,05
122.	Quiniobis	Silva Araujo	idem	susp. ol.	2	0,0422
123.	Quiniobis solubilizado	idem	idem	sol. aq.	3	0,01
124.	Quiniobismutho		idem	susp. ol.	—	0,02 a 0,05
125.	Quiniomuthol		idem	susp. ol.	—	—
126.	Radiobismuthol	Cofa	hidróxido de bismuto	susp. ol.	2 1 1	0,20 (forte) 0,10 (norm.) 0,035 (inf.)
127.	Rotbi	Inst. Terap. Brasileiro	oxiideto de bismuto	susp. ol.	1,5	0,05
128.	Rubisan	Lab. Fonseca Ribeiro	iodolecitinato de bismuto	sol. ol.	2	0,04
129.	Salbisol	Moura Brasil	iodobismutato de quinino	sol. aq.	3	0,02
130.	Sigmuth		tartatobismutato de potássio e sódio	sol. aq.	—	0,07
131.	Sol-Bi	Fraisse	canfocarbonato de bismuto	sol. ol.	2	0,08
132.	Solmuth	Lecoq & Ferrand (Paris)	idem	sol. ol.	1	0,04
133.	Solubyl		iodobismutato de quinino	sol. aq.	—	0,07
134.	Soluthanol	G. Fermé (Paris)	óxido-diétil-carboxi-isobutirato de bismuto	sol. aq.	2	0,025
135.	Spirby	Drouette (Paris)	iodeto de bismuto	susp. ol.	3	—
136.	Spirilan		óxido de bismuto	susp. ol.	—	0,25

N.º	MARCA	FABRICANTE	COMPOSIÇÃO QUÍMICA	FÓRMA FARMAC.	VOL. DAS EMPOLAS EM CC.	QUANT. DE BI METAL. POR EMP.
137.	Spirobismol	Chemische Fabrik	iodobismutato de quinino	susp. ol.	2	—
138.	Spirobismol solúvel	Chemische Fabrik	iodobismutato de quinino	sol. aq.	2	—
139.	Spiroxyl	I. B. M.	óxido de bismuto	susp. aq.	2	—
140.	Spyrol	Lab. Sit(Napoles)	nucleo-arseno-bismuto	—	2	0,015
141.	Staphylothanol (estafilococcias)		hidróxido de bismuto	susp. ol.	—	—
142.	Sulby	Labor. Medico Brasileiro	sulfureto de bismuto coloidal	susp. aq.	2	0,02
143.	Sygmobi	Granado	sal orgânico de bismuto e arsenico	susp. ol.	2	0,01
144.	Tarbisol		tartarobismutato de sodio -basico	susp. ol.	—	—
145.	Tarbisol soluvel		tartarobismutato de dietilamina	sol. aq.	—	—
146.	Tartrobi		tartarobismutato de potassio e sodio	sol. aq.	—	0,07
147.	Tetrabismuth	Inst. Nac. de Farmac.	tetratartarato de bismuto	sol. aq.	1	0,05
148.	Thiobi	Inst. Terap. Brasileiro	sulfureto de bismuto e mercurio	susp. aq.	1	0,01 (A) 0,015 (B) 0,001 (inf.)
149.	Trepobiur		tartarobismutato de uranio e amonio	sol. aq.	—	0,05
150.	Trepol		tartarobismutato de potassio e sodio	susp. ol.	2	0,08 a 0,13
151.	Trepoquinol		iodobismutato de quinino	susp. ol.	—	0,02 a 0,05
152.	Treposan	Chatelain	succinato de bismuto	susp. ol.	3	0,075
153.	Yambi	Inst. Paulista de Biochimica	iodobismutito de sodio	sol. ol.	2	0,01
154.	Ybiran	Lab. Crissiuma de Toledo	iodeto de bismutila	susp. ol.	4	0,012
155.	Ybiran soluvel.	idem	idem	sol. aq.	2	0,01

b) *classificação fisico-química*

NOTA. — Após a designação química de cada composto está, entre parentesis, indicada a percentagem do mesmo em bismuto metálico; e precedendo o nome registrado de cada produto vem um numero, que é o do mesmo na lista alfabetica. A classificação adotada é a de Clément Simon.

I — SOLUÇÕES AQUOSAS

A) SAES MINERAES:

a) iodeto (23 a 25%)

15. Bisanion;
22. Bismocytol;

36. Bismuthan soluvel;
61. Desbi;
83. Iodobismuthol;
102. Neobismercan;
155. Ybiran soluvel.

- b) fosfato (68,7%)
- c) associação mercurio-iodo-lítio
75. Hyobilitio

B) SAES ORGANICOS:

- a) cacodilato (27%)
 - 6. Biasarsan;
 - 60. Cytarsan;
 - 65. Ercidylato;
 - 107. Neogalby
- b) butirato (41%)
 - 134. Soluthanol
- c) lactato (43,8%)
- d) citrato (52,5%)
 - 3. Aspir;
 - 56. Citrobi
 - 57. Colomy
 - 94. Lues Duco
 - 112. Novobi
- e) bismuto citrico amoniacal (41,3%)
- f) tartarato
 - 147. Tetrabismuth

C) COMPLEXOS ORGANICOS:

- a) tartaro-bismutato de potassio e sodio (25-35%)
 - 95. Luatol;
 - 101. Natrol;
 - 130. Sigmuth;
 - 146. Tartrobi
- b) tartarobismutato de dietilamina (25 a 35%)

145. Tarbisol

- c) iodobismutato de quinino (25%)
 - 85. Iogal
 - 121. Quinby solavel;
 - 123. Quiniobis solubilizado;
 - 129. Salbisol;
 - 133. Solubyl;
 - 138. Spirobismol solavel
- d) bismuto trioxi-benzoato de sodio (46,9%)
 - 4. Benzobi
- e) bismuto tribromo-fenol (xeroformio) (52,4%)

D) COMPLEXOS ORGANICOS MIXTOS:

- a) arseno-bismutato de sodio
 - 18. Bismarsol
- b) arseno-metil-bismutato de sodio
 - 8. Bidrarsan
- c) bismuto-arsenamina sulfonato de sodio
 - 12. Bisarsen
- d) arrenal e fosfato de bismuto
 - 17. Bismarsen
- e) iodobismutato vanadico
 - 105. Neoby
- f) tartarato de bismuto e enxofre
 - 48. Bisulfur
- g) tartaro-bismutato de uranio e amonio
 - 92. Lual;
 - 149. Trepobiur

II — SOLUÇÕES OLEOSAS

- a) Canfocarbonato (26:30%)
 - 10. Bi-li-sol;
 - 53. Cardyl;
 - 63. Embial;
 - 113. Olbia;
 - 131. Sol-bi;
 - 132. Solmuth
- b) carboxi-etil-metil-nonoato
 - 50. Bivato
- c) esteroil
 - 42. Bismuthoesterol
- d) meti-hidro-cinamato-basico
 - 7. Biazan

- e) salicilato
 - 49. Bisulin
- f) iodeto
 - 62. Elbian;
 - 88. Lipobi;
 - 100. Naiobi;
 - 117. Pallicida;
 - 128. Rubisan;
 - 153. Yambi
- g) iodeto de bismutita e vanadio
 - 108. Neolux
- h) butil-tio-laurato
 - 106. Neocardyl

III — SUSPENSÕES AQUOSAS

- a) bismuto metalico coloidal (86%)
 - 37. Bismuthase;
 - 39. Bismuthoidol;
 - 87. Ionoide de bismuto;
 - 109. Neotrepol
- b) oxido (80%)
 - 136. Spirilan;
 - 139. Spiroxyl

- c) oxicleto (80%)
 - 13. Bischlorol;
 - 98. Muthiol
- d) albuminato
 - 28. Bismoprotine
- e) bismuto coloidal e mercurio coloidal
 - 25. Bismomercurion

f) carbonato (78%)

- 51. Carbobi;
- 58. Crinobi;
- 89. Lipocarbil;
- 90. Lipocarbisan

g) carbonato e hidroxido

- 73. Hormobismol;

74. Hydrocarbi

h) sulfureto

- 111. Novion;
- 142. Sulby

i) sulfureto de bismuto e mercurio

- 148. Thiobi

IV — SUSPENSÕES OLEOSAS

A) SAES MINERAES:

a) bismuto coloidal

- 38. Bismuthion

b) hidroxido (80 a 96%)

- 5. B. I. A.;
- 20. Bismhydrol;
- 29. Bismoxyl;
- 30. Bismucithine;
- 55. Casbis;
- 69. Espirilan;
- 97. Muthanol;
- 99. Myobismutho;
- 103. Neobismol;
- 110. Neurobis;
- 116. Oxymuth;
- 126. Radiobismutol;
- 141. Staphylothanol

c) carbonato (78%)

- 41. Bismutho infantil Silva
- Araujo
- 52. Carby;
- 59. Curalues

d) fosfato (68,7%)

- 45. Bisphol;
- 84. Iodophosphobi;
- 119. Phosphobismol

e) subnitrate (68,5%)

f) mercurio-bismuto (75%)

- 1. Amalgama de bismuto;
- 16. Bismargyl

g) iodeto

- 23. Bismodex;
- 66. Eritrobi;
- 70. Galisol;
- 154. Ybiran

h) oxiodeto

- 9. Biiodyl;
- 11. Bioxyl;
- 68. Erythroluol;
- 77. Iobil;
- 78. Iodobisman;
- 115. Oxiobi;
- 127. Rotbi

i) iodo-mercurio-bismuto

- 19. Bismercan

B) SAES ORGANICOS:

a) oleato (20%)

- 114. Oleobis

b) palmitato (20%)

- 64. Encepalmine

c) fenilenicichoninato (26%)

- 26. Bismophan;
- 27. Bismophanol

d) subgalato (50,7%)

e) succinato (75%)

- 47. Bisuccil;
- 152. Treposan

f) bismuto galato de sodio (46,9%)

g) oxiodo galato (airol) (40%)

C) COMPLEXOS ORGANICOS:

a) tartarobismutato de sodio (25%)

- 144. Tarbisol

b) oxiacido-benzoico bismutila (61,1%)

- 24. Bismogenol

c) hidroxido e salicilato

- 35. Bismuthan

d) salicilato

- 34. Bismuserum

e) tartaro-bismutato de potassio e sodio (53,5%)

- 150. Trepol

D) COMPLEXOS ORGANICOS MIXTOS:

a) iodobismutato de quinino (25%)

- 31. Bismugol;
- 32. Bismuquino;
- 40. Bismutho Dallari
- 67. Erythroluol;
- 76. Iobichin
- 79. Iodobismutato de quinino Fraisse;
- 80. Iodobismutato de quinino Lab. Paul. de Biologia;
- 81. Iodobismutho R. C.;
- 82. Iodobismutho Sacca;
- 86. Iomuni;
- 91. Lipoquinbil;
- 104. Neobismosalvan;
- 118. Panluol;
- 120. Quinby;
- 122. Quiniobis
- 124. Quiniobismuto;
- 125. Quiniomutol;
- 137. Spirobismol;
- 151. Trepokinol;

b) oxiamino-fenil-arseniato de sodio (41%)

- 46. Bistorol.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 — BEERMAN : *Os acidentes mortaes devidos ao bismuto no tratamento da sífilis* — Archives of Dermatology and Syphilology, t. XXVI, n.º 5, novembro de 1932 (apud "Presse Médicale", 1933, revue des journaux, pg. 38).
- 2 — IDEM : idem, ibidem, n.º 2, 1933 (apud "Jornal dos Clinicos", 1933, pg. 321).
- 3 — BENDA (L.) : *Preparações arsenicais quimioterapicas* — Médecine et Chimie Bayer, II, pg. 47.
- 4 — BERING : *Resultados da investigação no dominio das doenças cutaneas e veneraeas* — Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1934, n.º 2 (apud "Revista Therapeutica", 1935, pg. 161).
- 5 — BESSEMANS : *A aplicação local do calor na profilaxia da sífilis* — Bruxelles Méd., de 11 de agosto de 1929 (apud "L'Immunité", ano V, n.º 87, de 1 de novembro de 1929, pg. 355).
- 6 — BEZANÇON (FERNAND) e PHILIBERT (ANDRÉ) : *Molestias infecciosas* — Vol. II dos "Précis de Pathologie Interne", ed. de 1926.
- 7 — BOHOMOLETZ : *Em defesa da bismutoterapia intravenosa* — Jornal dos Medicos (Rio), de 20 de março de 1935, pg. 8 (apud "Laboratorio Clinico", n.º 99 - 1935 -, pg. 181).
- 8 — BOSKOVÍČ (V.) e DREDUN (P.) : *Sensibilidade ao Salvarsan* — Srpski Arch. (Belgrado), n.º 8, 1933 ; in Münch. Med. Woch., 1933, n.º 35, pg. 1.378 (apud "Farmaceutico Brasileiro", n.º 38, junho de 1935, pg. 12).
- 9 — BOUQUET (HENRI) : *Uma recrudescencia da sífilis* — Monde Médical, 1926, pg. 412.
- 10 — BOURROUL (CELESTINO) : *Tratamento da sífilis* — Revista de Medicina, n.º 8 (junho-julho de 1918), pg. 3.
- 11 — BURNIER (PENIDO) e ALMEIDA (ANTONIO) : *Sifiloma primitivo da conjuntiva* — Arquivos do Instituto Penido Burnier, vol. III, fasc. II, dezembro de 1934, pg. 219.
- 12 — CASTRO FILHO (BONIFACIO) : *Solução de mais de tres anos curado pelo natrol intravenoso* — Sociedade de Medicina de Campinas, 28 de julho de 1933 — in "Anaes Paulistas de Medicina e Cirurgia", 1933, 2.º semestre, pg. 450.
- 13 — IDEM : *A bismuterapia intravenosa* — Mundo Medico, n.º 325, pg. 6.
- 14 — CHEVALLIER (PAUL) e BERNARD (G.) : *O metodo de Pollitzer no tratamento da sífilis* — Société de Thérapeutique, 13 de abril de 1932 — in "Presse Médicale", 1932, pg. 719.
- 15 — CIANI : *Intoxicação aguda pelo bismuto seguida de morte* — Suplemento ao Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia, n.º 3, outubro de 1934 (apud "Presse Médicale", 1935, pg. 88).
- 16 — CLAVEL (REGIS) : *Contribuição ao estudo do tratamento da sífilis pelos saes de bismuto — os bismutos liposoluveis* — Bull. Gén. de Thérap., n.º 2, fevereiro de 1929, pg. 70 (apud "Publicações Medicas", n.º 1, pg. 17).
- 17 — COELHO (R. DE SOUZA) : *Acidentes da medicação bismutica* — Boletim Farmaceutico (Silva Araujo), julho-dezembro de 1927, pg. 20.
- 18 — CRAPS : *A proposito do emprego abusivo do bismuto no tratamento da sífilis recente* — Société Clinique des Hôpitaux de Bruxelles, 9 de fevereiro de 1935 (apud "Presse Médicale", 1935, pg. 330).
- 19 — DARIER (J.) : *Précis de Dermatologie* — 4.ª edição, 1928.
- 20 — ESTAPE (JOSÉ MARIA) : *Diagnostico e tratamento precoces da neurosífilis* — El Dia Medico Uruguayo, ano I, n.º 3, setembro de 1933 (apud "Publicações Medicas", LIII, pg. 31).

- 21 — FERNANDES (REGINALDO): *O papel do sistema reticulo-endotelial na terapêutica da sífilis* — *Jornal dos Clinicos*, 1933, pg. 147.
- 22 — FINGER e GARTNER: *Conferencia Internacional de Defesa Social contra a Sífilis* — *Monde Médical*, 1933, pg. 439.
- 23 — FISCHER: *A sífilis e o medico pratico* — *Concours Médical* (apud "Monde Médical", 1930, pg. 647).
- 24 — FLANDIN: *E' possível curar a sífilis?* — *Le Bulletin Médical*, de 6 de novembro de 1926 (apud FARRERAS: *Anuario Terapeutico de 1927*, pg. 358).
- 25 — FOUQUET (CH.): *A venereologia em 1927* — *Monde Médical*, 1928, pg. 285.
- 26 — FOURNIER (LOUIS): *Profilaxia da sífilis* — Lição in CARNOT: *Lições de Domingo*, vol. II, pg. 207.
- 27 — FREUND: *Tratamento da sífilis pelo vanádio* — *Klin. Woch.*, n.º 36, de 1926 (apud FARRERAS: *loco citato*, pg. 372).
- 28 — GALLIOT: *Sal de bismuto oleo-hepato-solúvel* — *Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie*, 10 de março de 1932 (apud "Presse Médicale", 1932, pg. 553).
- 29 — IDEM: *Associação do bismuto lipossolúvel e lipóides hepáticos no tratamento da sífilis* — *Société de Médecine de Paris*, 28 de maio de 1932 — in "Presse Médicale", 1932, pg. 922.
- 30 — GOMES (CAETANO): *O emprego do rodarsan* — *Publicações Medicas*, LIV, pg. 7.
- 31 — GONZAGA (OCTAVIO): *Sífilis congenita* — *Publicações Medicas*, XLV, pg. 19.
- 32 — GOUGEROT e PEYRE: *A proteinoterapia da sífilis* — *Monde Médical*, 1928, pg. 65.
- 33 — GOUGEROT: *Regras geraes dos tratamentos de ataque* — *Clinique et Laboratoire*, 1930, pg. 195.
- 34 — IDEM: *Tres sífilíticos arseno-resistentes e arseno-recidivantes* — *Presse Médicale*, 1931, pg. 833.
- 35 — IDEM: *Sífilis anormais e seu tratamento* — *Ibidem*, 1932, pg. 1.085.
- 36 — IDEM: *Generalidades sobre o tratamento da sífilis* — *Monde Médical*, 1932, pg. 995.
- 37 — GROUVEN: *Tratamento da sífilis pelo cadmio* — *La Med. Ger.-Hispan.-Amer.*, janeiro de 1926 (apud FARRERAS: *loco citato*, pg. 364).
- 38 — IDE (M.): *O perigo dos arsenicais* — *Revue Belge des Sciences Médicales* (apud "La Clinica", abril de 1935, pg. 90).
- 39 — IRCANG, ALEXANDER e SALA: *Os compostos bismúticos no tratamento da sífilis ativa* — *Archives of Dermatology and Syphilology*, t. XXVIII, n.º 3, setembro de 1933 (apud "Presse Médicale", 1934, *révue des journaux*, pg. 64).
- 40 — JADASSOHN: *Discussão a proposito dos tratamentos antisifilíticos* — *Archives de la Clinique Saint-Louis*, março de 1931, n.º 9, pg. 4 (apud GOUGEROT: *Généralités sur le traitement de la syphilis*).
- 41 — JAHNEL (F.): *Patologia e patogenia da tabes e da paralisia progressiva* — *Revista Medica Germano-Ibero-Americana*, 1930, pg. 385.
- 42 — JAUREGG (WAGNER VON): *Indicações da malarioterapia na neurosífilis sob o ponto de vista sífilografico* — *Ibidem*, 1928, pg. 65.
- 43 — JOSEPH (MAXIMO): *Tratado das enfermidades sífilíticas e veneras* — Tradução hespanhola, Barcelona, 1914.
- 44 — KOLKOW (VON): *Contribuições geraes acerca do salvarsan e do bismuto no tratamento da sífilis* — *Med. Klin.*, n.º 13, 1928 (apud "Jornal dos Clinicos", 1928, pg. 406).
- 45 — KOLMER: *Tratamento bucal da sífilis pelo tartarobismutato de potássio* — *Archives of Dermatology and Syphilology*, Chicago, t. XXXI, n.º 1,

- janeiro de 1935, pg. 9 (apud "Presse Médicale", 1935, *révue des journaux*, pg. 159).
- 46 — LAMOUROUX (RENÉ): *O acetilarsan no tratamento da sífilis* - Marseille Médicale, ano LXVI, n.º 33, novembro de 1929 - in "Publicações Médicas", X, pg. 49.
 - 47 — LAVANNIER (RENÉ): *Estudo sobre a sífilis ocular* - Tese de Paris, 1932 (apud "Publicações Médicas", XLIII, pg. 48).
 - 48 — LEGENDRE (J.): *Reflexões sobre o emprego dos arsenobenzoes nas colônias* - "Presse Médicale", 1929, pg. 1.081.
 - 49 — LESCHKE (E.): *Tratamento combinado salvarsan septo-iodo* - Med. Klin., 1929, n.º 10 (apud "Revista Médica Germano-Ibero-Americana", 1930, pg. 61).
 - 50 — LOHE (N.): *Terapêutica moderna da sífilis* - Fortschritte der Therapie 1929 (apud "Revista Médica Germano-Ibero-Americana", 1930, pg. 61).
 - 51 — LEWY (F. H.): *Os últimos resultados da investigação neurológica para a clínica* (Ibidem, 1928, pg. 114).
 - 52 — LOMHOLT: *Retrocesso da sífilis na Dinamarca de 1919 a 1933* - Dermatologische Wochenschrift, t. 100, n.º 6, de 9 de fevereiro de 1935, pg. 173 (apud "Presse Médicale", 1935, *révue des journaux*, pg. 100).
 - 53 — MANOUELIAN (Y.): *Sífilis experimental. Ganglios linfáticos. Formas minúsculas da Spirocheta pallida. Espiroquetogeno sífilítico* - Académie des Sciences de Paris, 17 de junho de 1935 - in "Presse Médicale", 1935, pg. 1.937.
 - 54 — MIBELLI (AGOSTINO): *Problemas novos da profilaxia da sífilis* - Rassegna Clinico Scientifica dell'Istituto Biochimico Italiano - 1930, pg. 409.
 - 55 — MILIAN: *Os conflitos terapêuticos no tratamento da sífilis* - Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 17 de fevereiro de 1928 - in "Presse Médicale", 1928, pg. 232.
 - 56 — IDEM: *Os arsenicais trivalentes no tratamento da sífilis* - Monde Médical, 1932, pg. 1.031.
 - 57 — MONTLAUR (H.): *A sífilis adquirida* (Coleção "Les Consultations Journalières", 1926).
 - 58 — MUCH: *A imunidade antiinfeciosa* - Trad. hespanhola, Barcelona, 1913.
 - 59 — MYTENAERE: *Os arsenobenzenos* - Journal de Pharmacie de Belgique, n.º 45, de 8 de novembro de 1925 (apud "Revista Siniatrica", 1927, pg. 125).
 - 60 — IDEM: *Controle químico dos antisifilíticos* - Bull. de l'Acad. Roy. de Méd. de Belgique, fevereiro de 1924 (apud "Revista Siniatrica", 1928, pg. 138).
 - 61 — NICOLETTI (V.): *Experiências de terapêutica antisifilítica com um sal orgânico de estrôncio* - Il Dermosifiligráfico, n.º 7, julho de 1930, pg. 433 (apud "Monde Médical", 1931, pg. 382).
 - 62 — O'LEARY e ROGIN: *Os arsenobenzoes favorecem o aparecimento da neuroles?* - Arch. of Derm. and Syphil., n.º 2, 1933 (apud "Jornal dos Clínicos", 1933, pg. 322).
 - 63 — OSTROWZKY (STANISLAW): *Um método simples para prevenir os acidentes após o emprego dos arsenobenzoes* - Acta dermat. venerologica, fasc. 3, junho de 1930, pg. 245 (in "Monde Médical", 1931, pg. 380).
 - 64 — PACHECO (ATHAYDE): *A bismutoterapia intravenosa* - Laboratorio Clínico, n.º 99 (1935), pg. 168.
 - 65 — PINARD (M.), VERNIER e MLLÉ. ABRICOSOF: *Contaminação sífilítica no curso duma série de novarsenobenzol não havendo atingido as grandes doses* - Soc. Franç. de Derm. et Syphil., 16 de maio de 1929 - in "Presse Médicale", 1929, pg. 918.
 - 66 — PINARD, VERNIER e MLLÉ. VERSINI: *Sífilis arsênio-resistente* - Bull. de la Soc. de Derm., 1929, pg. 34 - apud NICOLAS, LACASSAGNE e FROMENT: *As sífilis arsênio-resistentes* - Presse Médicale, 1930, pg. 513.

- 67 — PIRES (WALDEMIRO): *Profilaxia da sífilis nervosa* — *Jornal dos Clinicos*, 1930, pg. 337.
- 68 — PITALOU: *Os multiplos empregos do hiposulfito de sodio em sifiloterapia* — *Tese de Paris*, 1931 — in “*Presse Médicale*”, 1932, pg. 895.
- 69 — QUEYRAT: *Sífilis tratada no periodo prehumoral pelos saes liposoluveis de bismuto* — *Soc. Franç. de Derm. et Syphil.*, 12 de março de 1931 — *Presse Médicale*, 1931, pg. 527.
- 70 — IDEM: *O tratamento da sífilis pelos saes bismuticos liposoluveis* — *Idem*, 10 de março de 1932 — *ibidem*, 1932, pg. 553.
- 71 — RABELLO (EDUARDO): *Pratica da bismutoterapia pelo prof.* — *Boletim Farmaceutico* (Silva Araujo), julho-dezembro de 1927, pg. 4.
- 72 — RANGEL (ORLANDO): *Em torno da posologia, mecanismo de ação e acidentes determinados pelas medicações que se consideram especificas no tratamento da sífilis, particularmente a arsenobenzolica* — *Revista Siniatrica*, 1926, ns. 5 e 6 (maio e junho), pg. 47.
- 73 — IDEM: *Em torno da quimioterapia arsenobenzolica e da quimioterapia bismutica* — *Ibidem*, julho, agosto e setembro de 1926, pg. 80.
- 74 — IDEM: *Em torno do valor absoluto da arsenoterapia, sua posologia, intolerancia e acidentes precoces e tardios* — *Ibidem*, outubro e novembro de 1926, pg. 107.
- 75 — IDEM: *Em torno do mecanismo da ação do bismuto no tratamento da sífilis, como agente ativante, e dos fenomenos de oxidação-redução na terapeutica arsenobenzolica* — *Ibidem*, dezembro de 1926, pg. 127.
- 76 — IDEM: *Em torno da verificação de aortites sifiliticas nas autopsias e da influencia do tratamento arsenical sobre a evolução da sífilis* — *Ibidem*, janeiro-fevereiro de 1928, pg. 3.
- 77 — IDEM: *Em torno da bismutoterapia antisifilitica e da contra-indicação dos medicamentos capazes de prejudicar a defesa natural e os fenomenos de imunidade* — *Ibidem*, setembro-outubro de 1928, pg. 103.
- 78 — IDEM: *Aortite sifilitica* — *Ibidem*, setembro-outubro de 1929, pg. 95.
- 79 — IDEM: *Em torno da terapeutica antiluetica pelos electrocoloides metalicos e do tratamento moderno intensivo* — *Ibidem*, novembro-dezembro de 1930, pg. 119.
- 80 — IDEM: *A proposito do tratamento mercurial cronico, intermitente e do tratamento arsenical abortivo* — *Ibidem*, março-abril de 1934, pg. 51.
- 81 — RAVAUT (PAUL): *O tratamento da sífilis nervosa* — *Monde Médical*, 1932, pg. 1.013.
- 82 — *Reunion Dermatologique de Strasbourg*, em 8 de junho de 1930 — in “*Presse Médicale*”, 1930, pg. 128.
- 83 — RÉYCASSE (J.): *O tratamento bismutico nas molestias nervosas* — *Monde Médical*, n.º 840 (15 de janeiro de 1934), apud “*Publicações Medicas*”, LVI, pg. 50.
- 84 — ROSSETTI (NICOLAU): *Acidentes toxicos dos arsenicaes pentavalentes* — *Folha Medica*, n.º 13, de maio de 1933.
- 85 — RUGE (HEINRICH): *O paludismo artificial no tratamento da sífilis recente e da latente precoce e tardia* — *Revista Medica GermanoIbero Americana*, 1929, pg. 302.
- 86 — IDEM: *Ictericia após neosalvarsan* — *Ibidem*, 1930, pg. 52.
- 87 — SCHAMBERG e WRIGHT: *Um caso de morte após injeção intramuscular de bismuto* — *Arch. of Derm. and Syphil.*, t. XXVII, n.º 6, de junho de 1933 — apud “*Presse Médicale*”, 1933, *révue des journaux*, pg. 198.
- 88 — SCHNITZER (R.): *Determinação da avidéz de alguns novos produtos arsenobenzolicos* — *Méd. et Chimie Bayer*, 11, pg. 257.

- 89 — SCOMAZZONI : *Um caso de sífilis maligna hemorrágica* — *Giornale Italiano di Mal. Ven. e della Pelle*, n.º 6, junho de 1930 (in "Publicações Médicas", XVIII, pg. 45).
- 90 — SEMONA (C. H.) : *Ação do hiposulfito de sódio nos acidentes medicamentosos* — *British Med. Journ.*, n.º 3.302, pg. 652 (in FARRERAS : obra citada, pg. 48).
- 91 — SEBASTIANELLI : *Sobre um novo método de evitar a intolerância a doses fortíssimas e vizinhas de salvarsan* — *Policlinico*, 1935, n.º 16, pg. 749 (apud "Rinovamiento Medico", 1935, n.º 4, pg. 3).
- 92 — SCHWARTZ (A.) : *O tratamento de ataque da sífilis pelo bismuto liposolúvel* — *Presse Médicale*, 1931, pg. 809.
- 93 — SEQUEIRA (J. H.) : *A reativação da sífilis pelo tratamento* — *The Lancet*, vol. CCXVIII, n.º 5.573, de 21 de junho de 1930 (apud "Presse Médicale", 1930, *révue de journaux*, pg. 187).
- 94 — SÉZARY : *Alguns princípios do tratamento da sífilis nervosa* — *Monde Médical*, 1926, pg. 984.
- 95 — IDEM : *A curabilidade da sífilis* — *Presse Médicale*, 1929, pg. 1.567.
- 96 — IDEM : *Tratamento preventivo da neurosífilis* — *Ibidem*, 1931, pg. 1.423.
- 97 — IDEM : *O arsénico pentavalente no tratamento da sífilis* — *Monde Médical*, 1932, pg. 1.052.
- 98 — SIMON (CLÉMENT) : *Tratamento atual da sífilis na França* — *São Paulo Medico*, ano I, vol. 3.º, pg. 24.
- 99 — IDEM : *O bismuto no tratamento da sífilis* — *Monde Médical*, 1932, pg. 1.070.
- 100 — *Syphilis e seu tratamento* — Publicação da I. G. Farbenindustrie A. G. (distribuído em setembro de 1935).
- 101 — TOURAINE e SOLENTE : *Sífilis arsénio-resistente ; recidivas sobre tatuagens* — *Soc. Franç. de Derm. et Syphil.*, 14 de fevereiro de 1935 — in "Presse Médicale", 1935, pg. 475.
- 102 — *Tratamento duma sífilis recente* — Inquerito de "L'Hôpital", t. XVIII, 257, fevereiro de 1930 (apud "Presse Médicale", 1930, *révue des journaux*, pg. 65).
- 103 — *Tratamento da sífilis antiga* — Inquerito de "L'Hôpital", n. 263, maio de 1930 (apud "Publicações Médicas", XV, pg. 16).
- 104 — TIÉCHE (M.) : *Sobre o prognóstico da sífilis, considerado sob o ponto de vista da terapêutica antrissifilítica* — *Schweizer Med. Woch.*, 1929, n.º 2 (apud *Revista Medica Germano-Ibero-Americana*, 1930, pg. 61).
- 105 — VALERIO (AMÉRICO) : *Bismutoterapia intravenosa* — *Jornal dos Clínicos*, 1933, pg. 336.
- 106 — IDEM : *Idem* — *Mundo Medico*, n. 330, pg. 1.
- 107 — VASCONCELLOS (FERNANDO DE VILHENA) : *Tres casos de sífilis pseudo-terapêutico-resistentes devidos a insuficiência do tratamento de ataque* — *Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*, in "La Clinica", janeiro de 1935, pg. 10.
- 108 — VEIGA (AMÉRICO) : *Profilaxia e tratamento da sífilis* — *Gazeta Clinica*, maio de 1927, pg. 80.
- 109 — VEYRIÈRES : *A sífilis e seu tratamento* — *Monde Médical*, 1926, pg. 802.
- 110 — VENZMER (GERHARD) : *Uma molestia agonizante* — 1931.
- 111 — VIEIRA (JOÃO PAULO) : *Os arsenicais — intolerância e intoxicação — trivalentes e pentavalentes* — "Publicações Médicas", LII, pg. 3.
- 112 — IDEM : *Os arsenicais no tratamento da sífilis adquirida* — *Ibidem*, LV, pg. 21.
- 113 — VIEUCHANGE (JEAN) : *A cura natural da sífilis adquirida* — *Tese de Paris*, 1934 — in "Presse Médicale", 1935, pg. 262.
- 114 — YAHN (MARIO) : *A sulfopiretoterapia na paralisia geral progressiva* — *Tese de São Paulo* — in "Publicações Médicas", LIV, pg. 45.
- 115 — ZIENKIEWICZ : *O acetilarsan no tratamento da sífilis hereditária* — *Warszawskie Czaspismo Sezaki*, n.º 2, fevereiro de 1932 — in "Publicações Médicas", XXXVI, pg. 36.

MOVIMENTO SCIENTIFICO PAULISTA

Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

SESSÃO DE 18 DE DEZEMBRO

Presidente : PROF. OVIDIO PIRES DE CAMPOS

Tratamento cirurgico do pleuriz purulento — DR. NAIRO FRANÇA TRENCH. — O A., que está realizando uma monographia sobre o tratamento cirurgico do pleuriz purulento, apresenta, em nota prévia, um aparelho que idealizou para a drenagem aspiratoria fechada. Faz a critica da drenagem aberta, apontando seus multiplos inconvenientes sobre a dynamica e physiologia respiratoria. Faz estudo comparativo entr o tratamento aberto e fechado, mencionando estatisticas modernas. Descreve os differentes processos existentes para a drenagem fechada e apresenta o aparelho que idealizou, apontando as vantagens que apresenta sobre os similares existentes.

Sobre a cirurgia do thorax — DRS. J. SOARES HUNGRIA e J. VIEIRA DE CAMARGO. — Trazem ao conhecimento da Sociedade uma observação sobre cirurgia do thorax, a proposito de um caso com a apresentação de doente. Trata-se de um paciente portador de um tumorthoracico

cujo unico symptoma se revelava pela dor no angulo costto vertebral esquerdo, dôr essa que se irradiava na frente do hemithorax correspondente ao ponto de implantação do mesmo. As radiographias tiradas localizaram o tumor na região infra-clavicular esquerda. O A. illustrou a comunicação projectando uma série de diapositivos, mostrando com nitidez o tumor alojado entre as 4.^a e 5.^a costellas do angulo costto vertebral esquerdo. Não obstante os diversos exames apresentados, não foi possível firmar diagnostico, pelo que o A. appellou para os drs. Almeida Prado, Pedro Dias da Silva, Oscar Monteiro de Barros e Vasco Ferraz Costa, que igualmente não chegaram a um resultado positivo. Resolvida a intervenção cirurgica, foi esta praticada no Hospital Allemão, sob anesthesia geral pela avertina. Durante o acto operatorio o dr. Pedro Ayres Netto manteve a pressão intrathoracica com o aparelho de hyperpressão, facilitando a abertura da pleura e exeresse do tumor, com faci-

IODEFIS

IODO PHYSIOLOGICO

PEPTIDIOS AB URÉTICOS COM 66,6% DE IODO.
CADA AMPOLA DE 2 CC. CONTEM 10 CENTS.
DE IODO. — CAIXAS DE 10 AMPOLAS DE 2 CC.
VIA INTRA-MUSCULAR OU ENDOVENOSA.



INSTITUTO THERAPEUTICO ORLANDO RANGEL - RIO DE JANEIRO

lidade, sem accidentes. Sequencia operatoria optima. O exame histopathologico, feito pelo prof. Carmo Lordy revelou tratar-se de um endotelioma da pleura. O caso em apre

ço, que o A. acredita ser o primeiro a ser registado na nossa literatura medica e cujo diagnostico pre-operatorio é impossivel, é considerado pelo prof. Bellot como caso benigno.

SESSÃO DE 3 DE JANEIRO

Presidente: PROF. OVIDIO PIRES DE CAMPOS

Extirpação do recto pela via vagino-perineal na rectite infiltrativa estenosante de Durand-Nicolas-Fabre — PROF. EDMUNDO VASCONCELLOS. — O A. discute as opiniões de Dimitriu, Stoa e Pietro, dizendo que a operação deve ser comparada, em gravidade, ao cancer do recto.

Salienta o facto da presença, sempre, de uma nephrite grave e que leva o doente á morte, quando não se retira a lesão intestinal em tempo.

Aborda a questão do tratamento seguido, baseado na opinião de varios autores, bem como em preparados anatomo-pathologicos proprios, que o tratamento medicamentoso é inutil e o physiotherapico pela diathermia, não conseguem resultado algum.

Segundo os autores rumenos citados o unico tratamento util é a exeresse cirurgica do recto.

Exhibe diapositivos de anatomia do perineo bem como os tempos de uma technica pessoal que propõe baseando-se em estudos pessoais.

Apresenta uma doente operada pela sua technica demonstrando os bons resultados obtidos. Exhibe a reprodução da peça operatoria para demonstrar as lesões caracteristicas. Termina por dizer que os tratamentos incruentos devem ser abandonados e os doentes orientados precocemente para a cirurgia aproveitam com uma intervenção bem orientada.

O symbolo de Don Galaaz. (Uma forma de coitophobia masculina) — DR. HILARIO VEIGA DE CARVALHO. — O A. estuda a personalidade de D. Galaaz, um dos symbolicos heroes da epoca da cavallaria, o qual apresentava como caracte-

teristico, o temor de perder as forças caso tivesse commercio carnal.

O A. chama a attenção para este symbolo que considera como uma forma de coitophobia e que estuda sob o ponto de vista psychologico, pondo em evidencia que ainda hoje existem individuos que apresentam equivalencias psychologicas com aquella personalidade. Depois de rever os pontos de vista psychoanalitico e psychiatrico, estuda tambem o factor impoencia, affirmando o afastar por julgal-o inexistente na componencia do quadro estudado.

Apresenta, por fim, observações que documentam os seus estudos e que tambem são apreciadas sob o prisma psychologico.

A proposito da anestesia do plexo solar á maneira de Braun-Finsterer na cirurgia gastrica — DR. S. HERMETO JUNIOR. — O A. inicia a communicação referindo a evolução dos diferentes methodos de anesthasias localizadas propostos e utilizados na cirurgia gastrica.

Salienta os trabalhos basicos de Kapis, Braun e Finsterer. Relata depois a importancia cirurgica do espaço inter-aorto-cava, região de injeccão na technica de Braun-Finsterer.

Estuda a technica de anesthasia, mostrando os meios de evitar os accidentes. Analisa a physiologia da anesthasia solar, salientando a secção funcional das vias sensitivas centripetas, bem como o bloqueio parcial dos nervos vaso-motores, que explica as pequenas oscillações da pressão arterial.

O campo da anesthasia permite a realizacão de intervenções sobre o estomago, duodeno e vias biliares extra-hepaticas.

O A. não acha contra-indicações á infiltração solar, a não ser em raros casos de lesões graves do tecido frouxo retro-peritoneal, representadas por fibrose ou propagação neoplásica. Apresenta 14 protocolos de anesthe-

sias, salientando a ausência de acidentes, bem como a diminuição de "shock" operatorio nos gastrectomizados por úlceras callosas e terribres do estômago e duodeno. — Dr. Durval Marcondes, secretario.

SESSÃO DE 15 DE JANEIRO

Presidente : PROF. OVIDIO PIRES DE CAMPOS

Influencia da gastrite na orientação do tratamento cirurgico das úlceras gastro-duodenaes. — DR. PRAGIBE NOGUEIRA. — O A. focalizou a diferença, de povo para povo, em frequência e gravidade, que apresenta a gastrite, encontrada nos úlceros gastro-duodenaes.

Demonstrou que os americanos já haviam assignalado o facto e apontado como a melhor explicação dos resultados aparentemente contradictorios da gastroentero-anastomose.

Apreciou em seguida a alta incidência e a accentuada gravidade da gastrite em nosso meio e commentou as lesões verificadas no antro de um

ulceroso antigo, lesões que são consideradas pre-carcinomatosas.

Depois de relatar casos de gastroenterostomizados por ulcera duodenal ou ulcera gastrica, que desenvolveram varios annos depois um neoplasma e casos de ulcerosos que depois de muitos annos de molestia foram victimados por neoplasma do antro, apreciaram as indicações da gastrectomia, e finaliza julgando imperativa a gastrectomia ampla no tratamento das úlceras chronicas gastricas ou duodenaes, acompanhadas de gastrite com lesões irreductiveis. — Dr. Pedro Ayres Netto, secretario "ad hoc".

Associação Paulista de Medicina

SECCÃO DE NEURO-PSYCHIATRIA, EM 5 DE NOVEMBRO DE 1935

Presidente : DR. FAUSTO GUERNER

A auro-pyretotherapy na demencia precoce — DRS. FAUSTO GUERNER e MARIO YAHN. — Os AA. fazem considerações sobre a etiologia da demencia precoce, preocupando-se principalmente com os trabalhos de Claude. Lembram, de accordo com a opinião desse autor e de outros, a grande porcentagem de dementes precoces em que a inoculação e a cultura de material por elles fornecidos foram positivas donde resulta menos em alguns casos, da demencia precoce. Desse facto ao tratamento pelo ouro não vae grande distancia. E assim, os AA. depois de rever as estatisticas dos casos tratados por esse processo, passam a expor os seus resultados. Estudaram 6 doentes dos quaes 4 mulheres e 2

homens. Fizeram em cada um delles 7 injeções de Sulfo-pyretogeno seguidas logo após da injeção endovenosa de Lypion durante assim o tratamento 7 semanas. Obtiveram 2 remissões completas, 1 homem e 1 mulher; 1 remissão parcial, mulher, e 3 insucessos completos. Em face destes resultados suggerem aos presentes a conveniencia de se experimentar o methodo altamente promissor.

Commentarios. — O dr. Henrique S. Mindlin, que assumiu a presidencia dos trabalhos, durante a comunicação dos dros. Fausto Guerner e Mario Yahn, agradece a apresentação do trabalho. Graças á gentileza da Casa Schering pôde ensaiar o tratamento de um eschizophrenico

pela aurotherapia ; o apparecimento de uma dermite exfoliativa impossibilitou-o porem de concluir o tratamento. Não concorda assim com o dr. Guerner que disse não haver nesse tratamento o apparecimento de nenhum morbido secundario.

O dr. F. Guerner diz que não se referiu aos accidentes communs á aurotherapia porque são bem conhecidos, e tambem porque não os verificou nos casos que estudou. Pensa-se que na demencia precoce o ouro não produz phenomeno de intolerancia talvez devido á pequena reacção desses doentes aos medicamentos.

O dr. A. Tolosa pergunta senesses doentes tem sido pesquisado o indice de Vellez.

O dr. F. Guerner responde que não.

O dr. A. Tolosa diz que seria interessante essa pesquisa dada a sua importancia ; essa pesquisa é facil, e poder-se-hia mesmo acompanhar o tratamento com a verificação do indice de Vellez.

O problema da uniformização dos modelos de exame psiquiátrico — DR. E. DE AGUIAR WHITAKER. — O A., salientando que o numero de observações clinicas, ou melhor, de folhas impressas com os dados e normas a seguir para a sua redacção é quasi tão grande como o de psychiatras em exercicio, considera a necessidade de, para combater tal anarchia, proceder-se á unificação terminologica, á estandarização das technicas e á organização de folhas clinicas uniformes, para uso dos estabelecimentos psiquiátricos.

Como contribuição propria apresenta um eschema de exame, estabelecido de accordo com abundante material bibliographico, que tem utilizado para observação dos seus doentes, com resultados satisfactorios.

Localiza o seu modelo na evolução psiquiátrica e apresenta os mais recentes fundamentos sobre os quaes se baseia. Procura enquadrá-los na moderna psiquiatria, levando em conta as suas novas tendencias.

Succintamente apresenta os seus diversos itens, deixando para trabalho de maior amplitude, uma mais extensa explanação.

Faz contribuição sobre varios de seus aspectos : sobre o criterio de

emprego dos methodos de exame psiquiátrico experimental ; sobre a importancia das technicas do exame derivadas da medicina geral para a psiquiatria na qual se integram perfeitamente.

Concluindo, dado o interesse do problema em questão, aventa a ideia de tomar a "Associação Paulista de Medicina" a iniciativa de estudar os meios de resolver concretamente a questão, e assim trabalhar para o maior progresso da psiquiatria brasileira.

Commentarios. — Em seguida, o dr. Fausto Guerner, considerando que o eschema de exame apresentado, dentro da moderna psiquiatria apresenta bastante suggestão á Casa seja aceita a proposta do A., no sentido de se cuidar concretamente do assumpto e lembra a oportunidade de se criar uma comissão destinada a estudar a questão ; propõe, para integrá-la, os nomes do autor do trabalho e dos drs. Mario Yahn e H. San Mindlin.

O dr. E. de Aguiar Whitaker sugere seja aproveitado o eschema que apresenta para o estudo inicial da comissão, a qual se porá, outrossim, em contacto com as organizações interessadas, para elaborar um modelo definitivo, destinado a ser adoptado systematicamente.

O dr. Fausto Guerner diz que o trabalho apresentado é, não só uma focalização dos modelos de observação psiquiátrica, mas tambem uma verdadeira synthese do estado actual dos methodos de pesquisa psiquiátrica.

Ha uma grande confusão na systematização dos exames e esta confusão talvez não seja devida ao emprego de diferentes classificações pelos autores, o que seria um factor occasional, mas sim ao desconhecimento, em certas escolas, das pesquisas realizadas por outras, e ainda ao menoscabo da psychologia moderna, bem differente da que se praticava ha 15 ou 20 annos. Hoje existe o criterio da unidade, da personalidade e, ainda mais, não se encaram apenas os problemas da consciencia, como fazia a antiga psychologia, mas verifica-se tambem os actos humanos, a conducta ou melhor, o comportamento

do individuo. E' a psychologia do comportamento do individuo que observa as reacções do individuo, inferindo então o que se passou na sua consciencia; procura-se substituir pela observação directa, a introspecção que não é posta, porem, completamente de lado. Se seguirmos os psychologos modernos verificamos que ha uma fusão da psiquiatria antiga e da moderna; ao lado dos processos modernos da psiquiatria empregam-se os antigos. O que o dr. Whitaker fez foi procurar englobar em um esquema os methodos e processos mais modernos da psiquiatria, procurando applicar os processos modernos da psychologia, á psiquiatria, e propõe que isto seja estudado entre nós, o que é interessante porque a utilização de um esquema padrão implica na melhoria dos exames psiquiátricos.

O dr. Guerner propõe que se elabore um ante-projecto, que seja empregado por um longo espaço de tem-

po como experiencia, e depois adoptado definitivamente.

O dr. E. Whitaker acha boa a proposta. O esquema que apresentou não appareceu de repente; de um cuidadoso trabalho de compilação resultou um esquema theorico, que foi depois transportado para a pratica soffrendo então modificações até que se o pudesse applicar em todos os casos. O esquema apresentado, tem portanto, uma base pratica.

Lembra que a commissão nomeada apresente o esquema completo para ser objecto de estudos e que depois de estudado se procure entrar em entendimento com os representantes hospitalares de todo o Brasil, para que estes tambem apresentem suggestões procurando-se assim, uniformizar esse esquema para todo o Brasil.

Propõe que o dr. Fausto Guerner tambem faça parte da commissão.

Nada mais havendo a tratar foi encerrada a sessão.

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 11 DE NOVEMBRO DE 1935

Presidente: DR. A. BERNARDES DE OLIVEIRA

Pancreatite aguda edematosa com formação de pseudokysto do pancreas — DRS. EURICO BRANCO RIBEIRO e NEY PENTEADO DE CASTRO. — Os AA. relatam o caso de um portador de cholecystite calculosa, no qual durante a intervenção encontraram uma infiltração edematosa sub-peritoneal que tomava o pancreas e vizinhanças, estando o pancreas com consistência e volume augmentados, quadro esse que os levou ao diagnostico de pancreatite aguda edematosa. Foi praticada a cholecystectomy. Posteriormente houve a formação de um pseudo-kysto do pancreas, que foi esvaziado e drenado, mas se reproduziu algum tempo depois, tendo então sido feita a sua marsupialização. A fistula pancreatica consequente a essa intervenção perdurava ainda 20 dias depois, quando foi dada alta ao doente. A seguir os AA. fazerem considerações geraes a respeito da pancreatite aguda edematosa, referindo-se especialmente á anatomia pathologica, pathogenese, symptomatologia e tra-

tamento. Finalmente salientam a difficuldade do diagnostico das pancreatites agudas, que são com muita frequencia diagnosticadas como ulcera perfurada gastrica ou duodenal, colica hepatica e obstrução intestinal. O trabalho sae publicado na integra nesta revista.

Commentarios. — O dr. Piragibe Nogueira pergunta se na primeira intervenção o choledeco não foi drenado.

O dr. Bernardes de Oliveira salienta a difficuldade que o diagnostico da pancreatite aguda apresenta e relata dois casos por elle observados; lembra que nesses casos deve-se verificar a permeabilidade da ampola de Vater, pelo raio X com iodipina, no acto cirurgico.

O dr. M. Ottobriani deseja fazer uma observação no que se refere á fistula residual pancreatica: é de se esperar que essa fistula venha a se fechar apesar de poder durar um tempo indefinido. Observou um caso do dr. Arouche de Toledo, em que a fistula se fechou expontaneamente

em um mez e meio; caso a fistula não se feche, pode-se fazer a implantação da fistula no estomago. Em casos de pancreatite aguda, acha que se deve fazer uma cholecystostomia e drenagem da retro-cavidade dos epiplos.

O dr. Arouche de Toledo relata um caso em que clinicamente fez o diagnostico de kysto do pancreas, porque se tratava de um tumor retro-peritoneal; o radiologista, porém, disse que se tratava de um tumor do estomago; na operação, verificou que era um tumor pancreatico, que pela punção deu certa quantidade de liquido; foi feita a drenagem e marsupialização; diariamente sahia pela fistula 1 litro a 1 litro e meio de liquido; a fistula fechou espontaneamente.

O dr. Eurico Branco Ribeiro diz que ha casos em que o edema pancreatico não se acha misturado com bile, ao passo que em outros casos ha um refluxo de bile nos canaes pancreaticos e isto nos leva a presumir uma obstrução baixa do choledoco; no primeiro caso não ha necessidade de drenagem, mas no segundo caso a drenagem é obrigatoria. No caso apresentado a drenagem não lhe pareceu indicada porque não havia elementos de bile visiveis no campo; a drenagem do choledoco nesse caso não era obrigatoria. A pratica de varios autores recommenda esse modo de proceder; na pancreatite aguda edematosa muitos se têm limitado a uma laparotomia exploradora, o que dá bons resultados, quan-

do não ha lesões da vesicula e talvez mesmo em muitos casos não tenha sido verificado o estado da vesicula. Dahi a deducção de alguns autores de que não é aconselhavel a intervenção em casos de pancreatite aguda, achando que a cirurgia nada vale nesses casos. No caso apresentado, o doente teve varias crises anteriores, que regrediram; pela historia pode-se ver que foram crises de edema agudo do pancreas; tratava-se de um caso de existencia de calculos multiplos e pequenos, facilmente migraveis, que ao chegar á ampola de Vater iam causar o refluxo de certa quantidade de bile no ducto de Wirsung, produzindo as crises; na ultima vez, a quantidade de bile que refluia foi maior que nas vezes anteriores, donde a maior gravidade da crise. Quanto á drenagem da retro-cavidade dos epiplos, parece que não se pode esperar muito da abertura do peritoneo pre-pancreatico, pois se trata de um verdadeiro edema e não de uma collecção liquida, de modo que com a abertura do peritoneo pre-pancreatico sae um pouco de liquido apenas, nada adeantando para a evolução do caso. Quanto á formação do pseudo-kysto, este foi tratado pelo seu exvaziamento, mas voltou a se formar, sendo então feita a marsupialização. A respeito da verificação da permeabilidade da ampola de Vater, como lembrou o dr. Bernardes de Oliveira, diz que nem sempre isso é possivel, pois requer uma instalação apropriada, o que não se pode obter em todos os hospitaes.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE NOVEMBRO DE 1935

Avaliação da debilidade congenita. Critica e quadro de Ylppo

— DR. PEDRO DE ALCANTARA.

O A. fala sobre a "Avaliação da debilidade congenita" referindo-se ao quadro de Ylppo, em que se nota rigoroso parallelismo entre peso inicial e mortalidade, diz que se algumas creanças de peso inicial baixissimo se desenvolveram e algumas de peso pouco deficiente não se desenvolveram, é porque alguma cousa

Presidente: PROF. PINHEIRO CINTRA

existe que annullou a influencia da qualidade e do numero dos factores etiologicos de debilidade congenita, dos quaes o autor destaca a syphilis e a intervenção precoce da gravidez. O autor da enorme importancia ás condições economicas e sobretudo espirituas da familia e principalmente da mãe na elaboração do prognostico da debilidade, estabelecendo como elementos de avaliação: o peso inicial, a natureza e a quantidade

dos factores de debilidade as condições familiares. Critica tambem o limite arbitrario de "Ylppo", de 2.500 grs. como limite entre debeis e não debeis. Refere, em seguida, as observações de duas creanças de baixo peso inicial (1750 grs. e 1000 grs.) analysando as peculiaridades de cada uma e as condições de desenvolvimento, tudo á luz das considerações feitas anteriormente.

Commentarios. — O dr. Vicente Baptista diz que já tem externado a sua opinião pessoal a respeito desse assumpto, em conversa com o dr. Pedro de Alcantara. Commummente se encontra na clinica um facto inverso do que se lê nos livros; as creanças de baixo peso que dão mais trabalho para sua criação, quasi que constituem excepção; verifica-se que, pelo contrario, commummente essas creanças se desenvolvem com relativa facilidade e alcançam em pouco tempo o peso de uma creança normal; tem um caso mesmo de uma creança nessas condições que depois ficou com um peso super-normal.

O prof. Pinheiro Cintra diz que o que difficulta o estudo desta questão é o facto de não se ter estatisticas rigorosas; as estatisticas em geral são pouco estudadas de modo que certos factos de gravidade, como a heredo lues, que condemnariam uma creança, não são levadas em consideração. O criterio do peso serve mais para orientar o medico, podendo-se assim dizer que uma creança de tal peso se comporta como uma creança prematura. Nos casos de creança de baixo peso que crescem com facilidade, deve-se levar em conta o factor materno. Entre nós esse factor apresenta um deficit grande pela falta de alimentação sufficiente da mãe, que em geral tem uma alimentação escassa em saes: toma leite em quantidades minimas e ingere pequena quantidade de verduras, mal esse que se agrava ainda mais pelo máo habito que temos de jogar fóra a agua da primeira fervura das verduras, agua essa que contem os saes, vitaminas, etc. da verdura. Assim na ultima phase da gravidez o organismo materno se cegotta, á creança que nasce antes do tempo, encontra no meio externo condições mais favoraveis porque re-

cebe esses elementos em maior quantidade e pode assim desenvolver-se melhor. Aliás nos casos apresentados pelo dr. Alcantara nota-se que as mães não chegaram a dar de mamar á creança, porque não podiam: havia um deficit materno.

O dr. Pedro de Alcantara diz que, do que affirmou o Prof. Pinheiro Cintra pode resultar uma conclusão paradoxal, embora legitima, isto é, as condições extra-uterinas serem algumas vezes melhores que as intra-uterinas quando a creança recebe alimentos mais adequados.

Obrigações do Estado quanto á protecção á infancia. Legislação relativa. Codigo da creança. (Thema official da Secção de Legislação no 7.º Congresso Pan-Americano de protecção á creança). — DR. PEDRO DE ALCANTARA. — O A. diz inicialmente que o presente trabalho foi enviado ao VII Congresso Pan-Americano de Protecção á Creança, realizado no Mexico, em outubro deste anno. — A seguir expõe o trabalho, cujas conclusões são:

1) O Estado não tem obrigações directas quanto á protecção á infancia: suas obrigações directas só devem vizar elevação do nivel de civilização da collectividade, da qual elevação e só della decorrem automatica e inflexivelmente, a diminuição dos males em geral que affectam a creança e em particular da mortalidade infantil.

2) Considerando que os indices alarmantes da mortalidade infantil são fornecidos pelas classes pobres, são medidas legislativas de protecção á infancia todas aquellas e só aquellas que elevam as condições de vida dessas classes. a) elevando-as parallelamente ás condições de vida da collectividade; b) elevando-as privilegiadamente, graças á melhor distribuição de riqueza dentro da collectividade.

3) Considerando que a elevação do nivel global de civilização é a somma de parcellas constituídas pelo encaminhamento dado á solução de cada problema social, são medidas legislativas de protecção á creança as medidas legislativas referentes a cada problema social, isto é, o con-

junto da legislação que rege a collectividade.

4) O nome de "Codigo da Creança" deve ser dado, pois, ao conjunto da legislação do paiz; se quizermos dar a esse nome um sentido restrictivo, applicando-as apenas a uma parte da legislação será "Codigo da Creança" o conjunto das leis que promovam a melhor distribuição da riqueza dentro da collectividade.

5) O que habitualmente chamamos "Codigo da Creança" isto é, o conjunto das disposições legislativas de protecção directa da creança, é apenas uma nobre e generosa intenção prestada pela realidade.

Commentarios. — O dr. Vicente Baptista pergunta se todas as avaliações podem ser representadas pelos eschemas apresentados pelo dr. Alcantara; assim, nos Estados Unidos em que ha actualmente uma grande miseria a base do prisma deve ser muito larga.

O Prof. Pinheiro Cintra tece commentarios sobre o modo de vida dos camponeses francezes, as experiencias alimentares feitas em larga escala sobre populações dinamarquezas e seus resultados, de modo a esclarecer o assumpto.

O dr. Queiroz de Moraes diz que sente ter de discordar do dr. Pedro de Alcantara porque não ha relação directa entre o progresso de um paiz e a mortalidade infantil. Assim, na Argentina, em Buenos Ayres, em 1928 a mortalidade era de 82,02

e hoje é de 66; deve-se notar que em 1928 havia grande prosperidade emquanto que hoje ha uma grande crise, e no entanto a mortalidade baixou, e isto devido aos esforços empregados para esse fim. Isto tambem se nota, comparando os Estados Unidos e a França; nos Estados Unidos ha um numero muito grande de pessoas na miseria, ao passo que na França é sabido que a grande maioria da população é constituída por pessoas que tem seu "pé de meia", suas economias, e no entanto nos Estados Unidos a mortalidade infantil é menor que na França.

Quanto ao facto, constantemente lembrado pelo dr. Alcantara, de que no Uruguay essa luta contra a mortalidade infantil nada adeantou. Morquio diz que esse facto é devido á uma má organização social, a uma falta de organização social em torno do problema. Outra causa é o grande numero de filhos illegítimos (28%) que lá se encontra e que tambem difficulta a solução do problema.

O dr. Pedro de Alcantara diz que não tem culpa do governo não se esforçar por esta questão; o que elle fez foi dizer que os esforços dirigidos para a solução directa do problema nada adeantam, e que era necessario dirigir esses esforços para outros sectores: se o governo nada fez, a culpa não é sua.

Nada mais havendo a tratar foi encerrada a sessão.

SECÇÃO DE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIA, EM 18 DE NOVEMBRO DE 1935

Presidente: DR. ROBERTO OLIVA

Desabamento do dorso nasal consecutivo ás reseções sub-mucosas e a abcesso do septo sob o ponto de vista pathogenico e therapeutico. Apresentação de doentes — DR. J. REBELLO NETTO. — Para melhor interpretar a pathogenia das depressões dorsaes de origem flegmonosa e operatoria, estuda cuidadosamente a anatomia do nariz externo, procurando estabelecer os elementos principaes que garantem o seu relevo.

Chama a attenção, principalmente, para a resistencia da aresta, que é devida á constituição particular dos esqueletos osseo e cartilaginoso e estuda os musculos nasaes, attribuindo ao "compressor narium" um papel preponderante na angulação post-operatoria.

Exhibe as modelagens de uma doente, cujo nariz ficou seriamente deformado por um abcesso. Discorre sobre a etiologia, complicações e tratamento do abcesso septal, detendo-

se no tratamento cosmetico da região deformada.

As resecções sub-mucosas do septo mereceram cuidadoso estudo, apontando os principaes detalhes de technica, graças aos quaes é possível desobstruir totalmente as vias respiratorias, sem collidir com a integridade do perfil nasal.

Quando, porem, o paciente já é portador de uma depressão por diminuta que seja, a cirurgia plastica permite restabelecer a linha antiga, por meio de uma operação simples, cujo resultado mostra no doente que compareceu á sessão e por meio de dispositivos e modelagens.

Commentarios. — O dr. Rubens Brito pergunta qual a conducta que se deve ter nos casos de luxação do sub-septo nasal, pois os doentes continuaram a respirar mal.

O dr. Homero Cordeiro diz que acompanhou com interesse a comunicação do dr. Rebello Netto acha que desde que a operação do septo seja feita com cuidado, deixando-se uma columneta no dorso, raramente se observam deformações. Tem visto muito raramente deformações consequentes a operações do septo. Quanto á questão dos abscessos, estes são relativamente raros; são mais communs os abscessos devido a traumatismos, que mesmo assim são raros. No Hospital Humberto Primo teve 6 casos de abscessos, todos traumáticos. Acha que o dr. Rebello Netto faz bem em chamar a attenção do oto-rhino-laryngologista sobre certos detalhes de technica; quando se faz a operação de septo, com a technica necessaria não ha perigo de deformação.

O dr. Rebello Netto responde ao dr. Rubens Brito, dizendo que naquelles casos por elle lembrados, faz a reimplantação do subsepto, agradecendo em seguida os commentarios do dr. Homero Cordeiro.

Atresia coanal ossea. Operação. Cura. Anesthesia local auxiliada pela narcose na oto-rhino-laryngologia — DR. FRIEDRICH MUELLER. — O A. falou sobre a operação de uma atresia ossea da coana direita em uma senhora, dizendo que é preciso remover a parte posterior do

septo nasal para conseguir um resultado duradouro e satisfactorio.

Em segundo lugar o A. falou sobre a anesthesia local auxiliada pela narcose intermitente, methodo este, que feito com perfeição deixa o doente ao abrigo de soffrimentos psychicos, favorece a anesthesia local sem augmentar a hemorrhagia facilita ao medico a execução, ás vezes muito difficil, do acto operatorio e alarga o campo de sua actividade profissional.

Commentarios. — O dr. Ottoni de Rezende diz que, no tratamento da atresia das coanas, é sabido de todos a difficuldade que se pode apresentar por vezes a remoção da atresia. O dr. Mueller acaba de apresentar o methodo classico da abertura das coanas atresicas; é sabido que se não se resecar a parte posterior do septo nasal muito difficilmente se conseguirá que uma coana atresica fique aberta. Esta resecção obrigatoria não é uma manobra difficil, sobretudo para quem tenha certa pratica em operar o seio esphenode por via transseptal. Teve occasião de apresentar um caso de extracção de bala do seio esphenode em que aproveitou a resecção completa da parte posterior do septo para poder retirar a bala do seio esphenode, tendo assim boa visibilidade. Quanto ao segundo trabalho do dr. Mueller, o emprego da anesthesia geral é interessante, sobretudo para auxiliar certas operações em creanças, não tanto nas operações do septo, porque aqui no Brasil, ao contrario do que acontece na Allemanha, raramente se opera o septo em creanças, talvez devido á falta de docilidade e disciplina da creança brasileira, ao passo que na Allemanha a docilidade da creança é tão grande que facilmente se pode operar sem anesthesia geral, como podem ver todos que para lá vão. Quanto ao methodo do dr. Mueller, acho que talvez a anesthesia deva ser um pouco mais intensa para se conseguir qualquer coisa, pois se for uma anesthesia muito leve talvez não seja sufficiente; a idéa é boa e aproveitavel, embora não seja moderna.

O dr. Roberto Oliva acha que a operação da coana atresica foi muito

feliz, porque é commum verificar-se recidiva nesta operação, o que não se deu com o caso apresentado. Quanto á anesthesia geral, talvez seja boa para creanças, mas não para adultos, pois que para estes é desnecessaria. Ha pouco tempo deixou de operar na Santa Casa uma creança de 13 annos, porque começou a chorar muito: se associasse a anesthesia local com a geral teria podido opera-la.

O dr. Friedrich Mueller diz que algumas inalações são o sufficiente para a anesthesia geral. Quando o doente começa a despertar, novas inalações são feitas, de modo que

se pode operar sem inconveniente algum.

O dr. Horacio Paula Santos lembra um caso de atresia das coanas: havia um grande desvio anterior do septo, não tendo sido feito o diagnostico de atresia das coanas; após a operação do desvio verificou que a obstrução continuava e então examinando bem, verificou-se a presença da atresia, que foi operada, tendo o doente ficado bom. Lembra esse caso para que se evitem erros de diagnostico semelhantes, que são sempre possiveis.

Nada mais havendo a tratar foi encerrada a sessão.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 13 DE NOVEMBRO DE 1935.

Presidente: DR. MENDONÇA CORTEZ

Quatro annos de physiotherapia applicada á dermatologia — DR. JOÃO PAULO VIEIRA. — O A., occupa-se neste seu primeiro trabalho apenas da radiotherapia sub-penetrante. Filiado á escola do Hospital Saint Louis, de Paris, onde se especializou, o A. norteou os seus trabalhos de accordo com os ensinamentos que recebeu do dr. Girandeau. Esta communicação representa quatro annos de experiencia no tocante á radiotherapia applicada ás dermatoses. Os primeiros trabalhos do A. datam de 1928 — quando se iniciou na therapeutica pelos agentes physicos applicados á dermatologia. Em 1931, já o A. apresentou um trabalho á Associação Paulista de Medicina sob o thema "Os agentes physiotherapicos applicados á medicina, especialmente á dermatologia". O A. divide o seu trabalho em duas partes: A primeira consta da indicação radiotherapica formal e indispensavel para a cura de diversas dermatoses, sendo os raios X considerados os unicos agentes de effeitos seguros. Segue-se a lista das dermatoses que são abrangidas neste caso: — Verrugas plantares, verrugas planas do rosto, syccosis da barba, bromidroses ou suores fétidos, hyperidroses, nevralgias terebrantes em consequencia da herpes zóster (zona), seborrhéas do rosto, acnes, lymphadenias, molestias

de Hodgkin, ganglios hypertrophizados tinhas dos escolares, Licken de Vidal ou nevrodermites da nuca, acnes rosaceas ou vermelhidão do nariz, furunculoses localizadas, onychomycoses, lichens corneos, hyperkeratoses palmares e plantares, cheloides e cicatrizes disformes e exuberantes.

Segue-se a segunda parte do trabalho na qual o A. cita outra serie de dermatoses, nas quaes, outros tratamentos são tambem utilizados com vantagens e em que os raios X são reputados os melhores agentes therapeuticos. Esta série comprehende os eczemas localizados, microbianos ou por sensibilização e mesmo as placas localizadas, de origem neuro-artrítica e mais as dysidroses palmares e plantares, eczemas profissionais, epitheliomas cutaneos de natureza baso-cellular e a psoríase.

Segue-se uma serie de outras affecções da pelle onde o A. notou bons resultados no tratamento radiotherapico taes como: Eczematização de ambos os pés devido a "Pytiriasis rosea" de Gilbert, Pytiriasis versicolor com despigmentação, filliculites, pelada decalvante, perlechia ou eczema labial, "Eczema marginatum", keratose senil, parakeratose psoríase, lichen plano atrophico e generalizado, eczema seborrheico, tinha amiantacea, etc..

Não obteve resultado, na arterite obliterante (molestia de Léo-Buerger, na blastomycose visceral e da mucosa, no prurido senil erythema nodoso, molestia de Nicolas-Favre. A radiotherapia foi applicada não só local, como indirectamente, vizando os ganglios sympathicos superiores e inferiores — "Methodo de Goin" em diversos casos.

Mereceu muita attenção por parte do A. os eozemas localizados e os epitheliomas baso-cellulares da face, sendo a estatistica de casos de cura a mais auspiciosa. E' trabalho pessoal, sendo todos os casos da clinica do A., que tem a experiencia de mais de 4.000 applicações radiotherapicas nas mais variadas dermatoses. O A. maneja de preferencia com os raios muito molles trabalhando quasi sem filtrações, sendo os filtros usados de 1 decimo a 3 millimetros de aluminio.

Commentarios. — O dr. Mathias Roxo Nobre diz que ouviu com interesse a communicação, cujo caracter de apresentação pessoal e a experimentação propria o valorisa sobre-modo. Fara mostrar que o ouviu com attenção deseja fazer algumas observações a seu respeito: Assim, a respeito da dosagem, parece de grande vantagem que se empregue a unidade internacional, por ser a unidade, pela qual mais facilmente o clinico e especialistas podem se entender, como tambem dá melhores indicações para a dosagem da radiotherapia. A unidade internacional apresenta a vantagem de ser fixa, estavel, e imutavel. Quando o dr. Paulo Vieira falou sobre a sensibilidade ao raio X, citou circumstancias pessoas que sensibilisaram o doente a ponto deste tolerar mal doses de 1/3 de dose erythema; ora, parece que, a não ser os recém-nascidos, a dose de 1/3 dose erythema é inoffensiva até pelos individuos menos aptos a receber a irradiação. O dr. João Paulo Vieira tambem podia citar a questão da irradiação do baço em certas circumstancias em que o factor sensibilidade é de importancia. Outro ponto que deseja notar é o lugar da radiotherapia na questão dos epitheliomas: o dr. João Paulo Vieira relacionou a indicação desse tratamento á esthetica, indicando a radiotherapia só nos casos em que se procura

conservar a esthetica, reservando as outras á cirurgia. Parece porem que, a radiotherapia é hoje, no terreno dos tumores da pelle um tratamento que se indica em todos os casos e por todas as razões; assim, pode-se verificar que hoje em dia se reduz cada vez mais o numero de tumores da pelle operados a favor dos irradiados, como se dá por exemplo no Hospital de "Charité" de Berlim. Outro ponto que deseja citar é a questão do caso de pruridos vulvar com leucoplasia no qual o tratamento pe os raios X não deu resultado. Se o tratamento não deu resultado, foi porque á molestia foi tratada como se fosse um simples prurido, ao passo que se fosse tratado como um precancer, que se trata com doses muito elevadas, a leucoplasia devia ser destruida e os resultados seriam bons.

O dr. Francisco Finocchiaro diz que desejava relatar, como contribuição ao trabalho apresentado, que tem obtido bons resultados em casos de lesões cutaneas, como verrugas, epitheliomas, cheloides etc., praticando antes da irradiação a diathermo-coagulação do processo; tem a impressão que com isto ha uma diminuição do tempo de tratamento. Quanto ao tratamento da esporotrichose ha uma communicação de José Finocchiaro feita á Sociedade dos Medicos da Beneficiencia Portuguesa, sobre o tratamento da esporotrichose, baseado na produção de raios molles, obtidos pela introdução de um metal no processo, o que pela irradiação daria raios molles que seriam germicidas, abreviando, assim o decurso do tratamento. Applica tambem esse processo no tratamento da tuberculo se cutanea, ossea, etc. isto é, extra pulmonar; introduz no foco umas gottas de uma solução com iodo, irradiando em seguida. Quanto á sensibilidade de algumas pessoas, está de accordo com o dr. João Paulo Vieira; tem um doente que, com uma dose minima de raios X, apresentou uma reacção espantosa; é tambem sabido, que os radiologistas não podem revelar as suas chapas, porque certos saes se fixam na pelle da mão, dando-lhe uma grande sensibilidade.

O dr. João Paulo Vieira diz que si se refere á unidade Hache, é porque até hoje muitos dermatologistas do mundo se referem á unidade Hache; além disso o seu trabalho foi ligeiro, não entrando no estudo perfeito e completo de cada assumpto. Quanto aos epitheliomas as estatísticas não são uniformes; sabe-se que, os basocellulares se curam com qualquer tratamento, com pastas causticas, etc., pois não dão metastases o que se não se dá com os fusocellulares, em que as estatísticas são mais pessimistas quanto ao resultado final. Quanto á technica do tratamento ha varias. Se não citou a irradiação do baço e da thyreide, etc., é porque não se referiu senão aos casos tratados, nos quaes a sua experiencia pessoal entrou como principal factor. Quanto ao caso de prurido vulvar, havia apenas um espessamento corneo da região, e não propriamente uma leucoplasia. Quanto á sensibilização, tem visto casos de moças e senhoras que com doses de 1/3 de Hache, apresentam reacções, erythematosas como ha causas outras que muito sensibilizam o organismo aos raios X, taes como topicos, pomadas e pastas irritantes.

Conceito actual da clinica e da cirurgia das amygdalas — DR. RAPHAEL DA NOVA. — O A. estuda o problema tonsillar sob os aspectos anatomico, funcional e pathologico, como base de orientação therapeutica das amygdalites,

Lembras effeitos beneficos que a ablação total das amygdalas traz para a evolução de varias molestias toxi-infecciosas, provocadas por focos tonsillares chronicos. Enumera os signaes objectivos e physiopathologicos desses focos, frisando que só a anamnese pôde muitas vezes trazer um elemento de convicção para o diagnostico.

Faz vêr como a função de defeza desempenhada peia amygdala sobretudo na creança torna injustificavel a pratica systematica da amygdalectomia.

Em seguida acrescenta que o unico tratamento racional das infecções focaes de origem tonsillar está na pratica formal da ablação desses focos.

Lembra que a unica norma de conducta na tuberculose latente e evolutiva das amygdalas deve ser o abstencionismo cirurgico.

Pela tolerancia da forma benigna da tuberculose aos raios X julga que a roentgentherapia deve ser o methodo de escolha para a esterilização de focos de amygdalite chronica, no tuberculoso:

Commentarios. — O dr. Mesquita Sampaio felicita o collega pela brilhante comunicação. Deseja fazer algumas considerações a respeito: No referente á questão da idade em que a amygdalectomia deve ser indicada, o dr. Nova disse que se deve deixar passar a primeira infancia para então fazer essa indicação; deseja porém saber até que ponto uma amygdala pathologica, na primeira infancia, se pode deixar sem extirpar; passada a primeira infancia a intervenção deve ser indicada desde que a amygdala seja pathologica. O dr. Nova disse que no estado pathologico ha redução da função da amygdala; pode-se perguntar se ha apenas uma redução da sua função ou se ella não se torna tambem um órgão aggressor, pois desde que perca a faculdade de fixar e destruir os germens para só ficar com a faculdade de fixa-los, ella se torna aggressora. Quanto ás molestias pelas quaes a amygdala pode ser responsavel o dr. Nova se cingiu ás nephropathias e ao reumatismo; quanto a este ultimo lembraria a prova da hemosedimentação que não foi citada pelo dr. Nova. Quanto ás nephropathias, que indicariam incondicionalmente á amygdalectomia, tem um caso de uma moça que tem uma nephropathia já com esclerose constituída ha mais de 8 annos e na qual a intervenção deu optimos resultados. Não se pode deixar de lembrar tambem as cholecystites, cuja relação com as amygdalas é sabida; sempre que se verifica uma cholecystite com amygdalite a remoção das amygdalas dá uma evolução muito mais favoravel do caso. Tambem se deve lembrar das appendicitis agudas. Quanto á tuberculose, Sergeant fez ha annos uma conferencia suggestiva na qual

disse ser contra-indicada a amygdalectomia nesses casos.

O dr. Paulo Saes diz que o dr. Raphael da Nova fez bem em trazer á Secção de Medicina esta questão da amygdala, focalizando exactamente os pontos mais obscuros dessa questão; frequentemente os especialistas são arguidos sobre estes pontos que hoje foram focalizados. Seria mesmo louvavel que se fizesse esta divulgação entre os leigos; entre os medicos seria lamentavel o desconhecimento destes pontos. E' corrente que os medicos se refiram á função das amygdalas, baseando-se nella para contra-indicar a amygdalectomia, mas este ponto foi bem esclarecido pelo dr. Nova; desde que a amygdala seja pathologica, perde sua função e se torna uma porta de entrada de germens e um fóco de infecção e é como fóco de infecção que o dr. Nova salientou o seu papel no rheumatismo, lembrando que neste caso a sua remoção dá resultados brilhantes. Também nos casos de nephrite, pela extirpação do fóco ha o desaparecimento das manifestações renaes. Está de pleno accordo com o dr. Nova com relação á tuberculose; parece que entre as tisiologistas esta reserva quanto a extirpação das amygdalas já não existe quando ha casos de angina repetida; tem recebido varios destes casos para praticar a amygdalectomia, mas tem se recusado a praticar a intervenção, pois acha que mesmo nesses casos o tratamento conservador é o melhor.

O dr. Francisco Finocchiaro pergunta se na tuberculose não seria aconselhavel fazer a diathermo-coagulação como menos chocante.

O dr. Mathias Roxo Nobre elogia o trabalho do dr. Nova que estudou a questão da radiotherapia da amygdala o que lhe permite trazer o ponto de vista especializado neste assumpto.

No caso de tuberculose ha duas hypotheses nesta questão da irradiação da amygdala: a primeira é o caso da amygdalite chronica recidivante, quando o fóco tuberculoso

não é irradiado quando se irradia a amygdala e a segunda hypothese é quando a tuberculose em um ponto que será irradiado ao se praticar a irradiação da amygdala. No primeiro caso se faz a irradiação com as doses communs e no segundo caso, quando o fóco também é irradiado, como na tuberculose laryngea, deve-se irradiar com doses pequenas.

O dr. Raphael da Nova agradece a contribuição dos collegas. Diz que para não prolongar muito não tocou em certos assumptos como cholecystites, appendicite, etc., pois se fosse focalizar todos esses capitulos a exposição se tornaria muito longa. Quando á questão da idade o seu ponto de vista é que a indicação deve ser guiada pela gravidade do caso; assim em caso de amygdalite muito grave em uma creança, deve-se agir de accordo com o criterio mais resolutivo e praticar a amygdalectomia. Alguns autores aconselham que se pratique a amygdalectomia na puberdade outros aos 6 ou 8 annos, porem, a indicação real deve ser ligada aos signaes clinicos de cada caso.

O dr. Mendonça Cortez diz que tem a impressão que nesta questão dois argumentos se contrapõem, que são a idade e a gravidade do processo: se a idade é deficiente, é supprida pela gravidade do processo, estando então indicada a amygdalectomia. Tem um caso operado pelo dr. Nova com optimos resultados.

O dr. Raphael da Nova diz que a amygdala doente é aggressora, de modo que firmado o diagnostico de amygdalite chronica a amygdala deve ser retirada. Em relação aos casos felizes de amygdalectomia em casos de nephrosclerose, elles nos mostram que em medicina tudo é relativo. O que parece uma contraindicação á amygdalectomia é uma nephrosclerose muito adeantada. Quanto aos casos de angina tuberculosa, tem a dizer ao dr. Finocchiaro que se tem feito muito a diathermo-coagulação.

Nada mais havendo a tratar foi encerrada a sessão.

Use Gluconato de Calcio Sylil - 2, 5 e 10 cc.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE NOVEMBRO DE 1935

Symptomatologia clinica do hyperthyreoidismo — Dr. MESQUITA SAMPAIO. — O A. começa por definir o que seja hyperthyreoidismo, como syndrome que é. A seguir passa em revista as varias classificações, desde as mais antigas até as actuaes: de Moebius, Marine, Bauer, Lucien, Richard e Pariot, Plumer, Maranon, Pende, etc..

Detem-se em um estudo critico sobre o systema adoptado para cada uma dellas, anatomo-pathologico, cirurgico ou clinico, para optar pela classificação de Pende, que considera ainda, a mais completa. Encara após, o aspecto etio-pathogenico conseguindo, neste particular, actualizar perfeitamente, o seu estudo, e, estabelecer liames exactos entre os varios autores que cuidam do assumpto. Mostra-se sobre este ponto partidario da theoria eclectica.

Sobre o aspecto symptomatologico do hyperthyreoidismo faz um estudo destacado do syndrome de Basedow analysando cada uma das suas manifestações em todos os seus principaes detalhes: ordem de frequencia, caracteristicos e interpretação clinica, etc. Passa depois ao estudo do syndrome basedowide (hyperthyreoidismo frusro), instabilidade thereoidéa de Levi-Rotchschild (hyperthyreoidismo paradoxal) e constituição hyperthyreoidéa (hyperthyreoidismo minimo).

Estabelece para cada um desses syndromes as suas caracteristicas fundamentaes, distinguindo os symptoma de origem thyreoidéa do de origem neuro-vegetativa pura, bem como, accentua, no referente ao diagnostico differencial, os signaes basicos de cada um dos syndromes estudados tendo como ponto de referencia a taxa do metabolismo basal. Outrosim, apresenta como signaes de origem thyreoidéa pura, unicamente, o emmagrecimento e o hypermetabolismo, conforme adopta Dautrebande. O A., illustrou a sua exposiçõ com projecções de grande numero de graphicos, radio-kymogrammas e electro-cardiogrammas, classi-

Presidente: Dr. MENDONÇA CORTEZ

cos alguns, muitos outros de casos de observação pessoal.

Commentarios. — O Prof. Almeida Prado diz que bem inspirada andou a Secção de Medicina quando entregou ao dr. Mesquita Sampaio este thema de tão grande interesse. Apesar da enorme extensão e do seu aspecto multifario, o dr. Mesquita Sampaio soube fazer uma boa synthese dos principaes symptommas do hyperthyreoidismo, molestia que vamos conhecendo cada vez mais, provindo sua descripção classica dos antigos, mas que tem sido acrescida com novas noções de propedeutica e com pequenos signaes, pelos novos. Da sua symptomatologia conhecemos a mascara tragica estampada nas formas bem declaradas, berrantes, que quasi não tem interesse para nós porque não escapa ao diagnostico; o que nos interessa são estas formas de hyperthyreoidismo que passam de consultorio em consultorio até que se faz o diagnostico certo; neste estudo o que mais no interessa é a parte relativa ao apparelho cardiovascular; já teve occasião de fazer um estudo, em 1921, com um apanhado destes symptommas cardiacos. Estes symptommas cardiacos eram tão frisantes que os antigos incluíam o syndrome de Basedow entre as cardiopathias, porque o que logo chamava a attenção eram o bocio e a tachycardia.

Relativamente ao apparelho cardio-vascular encontramos no hyperthyreoidismo a aortite atheromatosa dando um "locus minoris resistentiae" onde se pôde enxertar uma aortite syphilitica não se podendo saber então o que cabe ao hyperthyreoidismo e á syphilis; podemos dizer que as aortites acompanhadas de grande emmagrecimento devem ser classificadas como uma aortite por hyperthyreoidismo, (devida a uma causa toxica). No hyperthyreoidismo ha outros symptommas cardiovasculares, como o soffrimento cardiaco com o augmento da area cardiaca e labilidade cardiaca. Ha tam-

bem o signal de Bieckel a dissociação (termo que o dr. Mesquita empregou mas que não acha muito feliz) ou melhor a dysharmonia entre o estado de hypercynesia da auricula e do ventriculo de modo que se criam condições semelhantes á estenose mitral verdadeira, como se pôde verificar pelo electrocardiogramma. São casos raros, mas ha uma estatistica de 80 casos em que se pode encontrar esta estenose mitral. Estes symptomas todos que podem confluir para dar o quadro cardiaco, deixam sempre o clinico em um terreno confuso mas que tem qualquer cousa de especial que com o tempo o medico vae conhecendo. Ha sempre uma desproporção entre a symptomatologia clinica e as manifestações cardiacas: não ha a asystolia nem a dispnéa que se encontram nos cardiacos. Que existe um coração thyreoideo não ha duvida alguma, mas não se conhecem seus fundamentos physio-pathologicos, o que deve ser estudado. O estudo synthetico que o dr. Mesquita Sampaio nos deu é uma imagem perfeita do estado actual do hyperthyreoidismo; a pouco e pouco vae se constituindo esta pathologia feita de pequenos signaes, de modo que o grosso foi feito pelos antigos, mas os pormenores devem ser feitos pelos novos.

O dr. J. Ribeiro do Valle diz que acha a synthese feita pelo dr. Mesquita Sampaio muito interessante, e deseja fallar sobre alguns pontos: a experiencia de Cannon provocando o hyperthyreoidismo para verificar se é de causa nervosa ou thyreogena, que mostrou que o que é primordial é a excitação sympathica, e que a thyreoide nada mais faz do que responder aos estímulos anormaes que a ella chegam. Outro ponto interessante que não foi focalizado, é a relação da thyreoide com o lobo anterior da hypophyse. Assim o hormonio thyreotropico proveniente do lobo anterior da hypophyse pode provocar um hyperthyreoidismo, quando em excesso, e o original é que com o augmento desse hormonio thyreotropico, pode-se obter um hyperthyreoidismo experimental completo, no qual se nota até o exophthalmos. Este hyperthyreoidismo prehypophysario é de pouca duração, e verifica-se que

logo desaparece o hypermetabolismo desses doentes. Ha pouco tempó examinou um acromegalico com um metabolismo de mais 20%; parece que no hyperthyreoidismo prehypophysario o metabolismo não vae além de 30% o que serviria então para differenciar o hyperthyreoidismo prehypophysario do consequente apenas á lesão da thyreoide, pois neste caso o metabolismo vae muito além de 30%.

O dr. Mario Ottobri Costa diz que o dr. Mesquita Sampaio focalizou um thema que ultimamente elle, dr. Ottobri, teve occasião de estudar como sendo uma molestia de civilização. Teve oportunidade de examinar um caso que se enquadrava perfeitamente neste typo de molestia de civilização. Tratava-se de um doente com symptomas de ulcera duodenal e de hyperthyreoidismo tendo todos os signaes deste, Moebius, Stellwag, etc.. Infelizmente não se determinou o valor do metabolismo basal. Tinha pois o quadro classificado por Crile como molestia da divilização; resolveu então praticar a operação indicada por Crile, isto é a desinnervação da suprarenal, após um tratamento prolongado pelo lugol com o qual não houve melhora alguma. A intervenção correu normalmente, e o doente teve alta no fim de 10 dias; o doente disse então que tinha a impressão que lhe tinham feito uma "desarticulação nervosa", pois que a grande excitabilidade que tinha antes, desapareceu com a operação. O estado geral do doente melhorou muito, o tremor desapareceu e elle sahio do serviço em boas condições. Deste caso unico não se pode tirar conclusões, mas Crile tem um grande numero de casos, de modo que se pode basear no que elle diz a respeito da intervenção; tem a impressão que a operação de Crile deve ser sempre indicada em casos semelhantes a este e que a theoria de Crile não deixa de ter fundamento.

O dr. Mesquita Sampaio agradece a todos pela attenção que lhe dispensaram. Quanto á questão do signal de Bickel lembrada pelo prof. Almeida Prado, foi por uma força de expressão que fallou em dissociação; de facto ha uma dysharmonia.

Quanto ao dr. Ribeiro do Valle agradece ao subsídio que trouxe e tem a dizer que se não tocou em certos pontos foi para não alongar muito sua exposição.

Quanto ao dr. Ottobriani, tem a dizer que também conhece o caso por elle citado e endossa o que disse.

O dr. Mendonça Cortez agradece ao dr. Mesquita sua conferencia e confirma, como disse o prof. Almeida Prado, que bem andou a Secção de Medicina em confiar este thema ao dr. Mesquita Sampaio.

Nada mais havendo a tratar foi encerrada a sessão.

SECÇÃO DE UROLOGIA, EM 25 DE NOVEMBRO DE 1935

Presidente : DR. GERALDO VICENTE DE AZEVEDO

Acalasia dos esphincteres — DR. PAULO DE ALMEIDA TOLEDO. — O A. apresenta a observação de um paciente, que, pelo exame radiologico verificou-se ser portador de mal de engasgo, pyloro espasmo, megaduodeno, dilatação dos calices e bacinetes, dos ureteres e da bexiga. Pela autopsia foram confirmados esses achados radiologicos, não se encontrando obstaculo organico que os justificasse. Acha que o diagnostico deve ser, no caso, de acalasia dos esphincteres, uretreas e vesical inclusive. Faz considerações geraes sobre a theoria da acalasia, detendo-se mais nas suas applicações sobre o megaureter.

Commentarios. — O dr. Darcy Villela Itiberé acha muito interessantes esses casos de megaureter. Observou um caso do dr. Martins Costa, que não foi publicado nem comunicado; pela radiographia se tinha a impressão que se tratava do intestino e no entanto, verificando melhor viu-se que era uma megaureter. Não havia obstaculo mechanico algum que pudesse explicar esse megaureter. Nesse caso tinha sido feito o diagnostico de hydronephrose infectada, e com o tratamento anti-infeccioso o estado do doente melhorou muito, cedendo logo a febre. Com o exame se verificou que se tratava de um megaureter sem hydronephrose; pode-se passar no ureter uma sonda de grosso calibre, não se encontrando obstaculo algum. O dr. Alipio Correa Netto propoz uma explicação para o caso: tratar-se-ia de um caso de acalasia. Quanto ao tratamento, foi feita, numa primeira intervenção a pyelostomia, e na segunda intervenção a dilatação brutal

do esphincter do megaureter, o que se fez por via transversal. O estado geral do doente melhorou bem, e a cavidade pyelica começou a se esvaziar com facilidade, porem algum tempo depois o doente veio a fallecer, dado o mau estado e ao grau de intoxicação em que se encontrava. Não se pôde completar a observação com o exame anatomicopathologico, porque a familia não permittiu que se fizesse a autopsia. Deseja por este modo reivindicar a Martins Costa a primasia de ter verificado e operado o primeiro caso de megaureter entre nós. Observou outro caso em que verificou uma dilatação pyelo-ureteral, não sendo encontrado obstaculo mechanico algum que explicasse essa dilatação; também havia infecção. Na cystoscopia encontrou o meato urinario esquerdo entreaberto, completamente atonico; não ha duvida que neste caso ha uma perturbação dinamica, talvez de causa infecciosa. Conclue apresentando a radiographia deste doente.

O dr. Jarbas Barbosa de Barros diz que a prioridade da observação da dilatação uretral entre nós cabe a Alexandre Herculano. Diz o dr. Jarbas que também observou um caso de grande dilatação da bexiga, na qual o meato uretral estava muito dilatado e entreaberto. Tratava-se de uma senhora portadora de calculo se vesical.

O dr. Darcy Villela Itiberé diz que se referiu a S. Paulo, quando disse que a primasia dessa observação cabia ao dr. Martins Costa.

O dr. Geraldo Vicente de Azevedo felicita o A. pela sua comunicação que é, sem duvida, uma das mais

interessantes que tem apparecido na Secção de Urologia. O assumpto está na ordem do dia, principalmente no nosso meio, onde Alípio Correa Netto e E. Etzel têm feito estudos interessantes sobre essa questão. O autor de um trabalho recentemente publicado admite a existencia de tres esphincteres: um superior, pyelo-uretreal, um medio, no meato urina-

rio e o terceiro inferior vesical. Pela perturbação da funcção dessas esphincteres se daria a dilatação do segmento correspondente. Diz que não tem observação de mega-ureter, mas tem uma observação de hydro-nephrose sem causa mechanica, nem dilatação do ureter; explica esse caso como devido á contração do esphincter pyelo-uretreal.

Sociedade de Biologia de S. Paulo

SESSÃO DE 15 DE DEZEMBRO

Presidente: DR. FLORIANO DE ALMEIDA

Estudos bioquímicos sobre os venenos das serpentes do genero Bothrops. Um methodo aperfeiçoado para obter bothropotoxina — DR. D. VON KLOBUSITZKY. — O autor communicou a modificação do seu antigo methodo para obtenção da bothropotoxina, isto é, da substancia neurotoxica da secreção natural do "Bothrops jararaca". O novo methodo tem duas variações, sendo uma mais rapida, outra mais morosa. Ambas têm a vantagem de fornecer um rendimento maior e mais constante que os methodos anteriores e além disso um producto mais puro, com poder toxico quatro vezes e meia maior e acção coagulante cinco vezes mais fraca que a secreção natural.

Sobre a fixação da bothropotoxina pelos soros antiophidicos. I. Fixação pelos soros-antibothropico monovalente, anticrotalico sul-americano e antielapino — DRS. D. VON KLOBUSITZKY e P. KOENIG. — As conclusões dos AA. foram as seguintes: 1.º) o soro antibothropico monovalente neutralisa a bothropotoxina tanto "in vitro" como "in vivo", mesmo quando applicado por via intra-muscular ou subcutanea conforme as relações de peso. 2.º) O soro anticrotalico sul-americano tambem neutralisa a bothropotoxina "in vitro" nas mesmas condições. 3.º) O mesmo soro só neutralisa "in vivo" a bothropotoxina quando applicado

por via endovenosa. 4.º) O soro antielapino não possui em relação á bothropotoxina acção neutralisante alguma. — Finalmente os AA. discutiram, do ponto de vista chimico, a possibilidade de uma relação bastante intima sobre as substancias neurotoxicas das secreções naturaes do Bothrops jararaca e do cascavel sul-americano.

Sobre a fixação da bothropotoxina pelos soros antiophidicos. II. Fixação pelo soro antilachesico — DRS. D. VON KLOBUSITZKY e P. KOENIG. — As experiencias mostraram claramente que o poder curativo do soro antilachesico em relação á bothropotoxina é mais fraco que o do soro antibothropico monovalente e mais forte que o do soro anticrotalico sul-americano. Estes resultados estão de perfeito accordo com a opinião dos AA., relatada no trabalho anterior, segundo a qual deve existir uma relação intima entre a natureza chimica das substancias neurotoxicas das secreções naturaes das diferentes serpentes em questão e as suas classificações zoologicas.

Um methodo rapido e simples para coloração dos corpusculos rickettsioides do trachoma pelo Victoriablau — DR. A. BUSACCA. — O A. communica que, applicando o metodo de Herzberg para demonstração dos virus aos esfregaços de tecido trachomatoso conseguiu por em evi-

dencia nas cellulas epitheliaes da conjunctiva e nas cellulas dos nodulos, os corpusculos com caracteres de ricketsias que elle mesmo descreveu nos tecidos trachomatosos.

Salienta que o methodo, pela sua simplicidade e pelas imagens nitidas que fornece, pode ser utilizado para fins diagnosticos.

Expõe a technica e apresenta algumas figuras de preparações obtidas com este methodo.

Nova especie do genero Paracoccidioides – Almeida (1930), **Paracoccidioides cerebriformis** – Drs. Moore, 1935 – MORRIS MOORE. — O estudo comparativo de numerosos fungos isolados de casos de blastomycose brasileira em diferentes meios culturaes revelou a presença de dois bem definidos e distinctos microorganismos. Um estudo posterior demonstrou que um delles representa o tipo do genero "Paracoccidioides" chamado "Paracoccidioides brasiliensis" de culturas brancas como algodão, que nos tecidos apresentam uma reprodução por brotamento multiplo, com pequenas cellulas e cellulas de duplo contorno, simples, esphéricas ou gemmulantes.

Seu diametro oscilla entre 1 e 30 micra, raramente maiores. A segunda especie Paracoccidioides cerebriformis, assim chamada devido ao seu aspecto cerebriforme ou vermicular, tem diametros um pouco maiores, tanto nos meios culturaes como nos tecidos e no pus. As cellulas do Paracoccidioides cerebriformis apresentam uma morphologia levediformi, em contraste com as formas filamentosas do Paracoccidioides brasiliensis. O primeiro tem crescimento pobre a 37 graus, enquanto o ultimo cresce relativamente bem. Isto explica o tipo de lesão produzida pelo P. cerebriformis, isto é, lesões geralmente localisadas na bocca e raramente

disseminadas pelo systema lymphoide, enquanto aquellas produzidas pelo "P. brasiliensis" geralmente se disseminam pelo systema lymphatico e podem alcançar a pelle.

Agentes etiologicos de Chromomycose (Chromoblastomycose de Fonseca e Leão, 1923) das Americas Drs. — MORRIS MOORE e FLORIANO DE ALMEIDA. — A molestia conhecida como dermatite verrucosa foi pela primeira vez estudada no Brasil por Pedroso, em 1911.

A primeira publicação, abrangendo a molestia e o agente etiologico, foi feita nos Estados Unidos por Medlar, Lane e Thaxter, em 1915.

O parasito deste ultimo caso foi denominado "Phialophora verrucosa". Muitas pesquisas foram feitas desde o trabalho original, principalmente por Fonseca e Leão. Esses pesquisadores, em 1923, attendendo á confusão clinica provocada pelo nome "Dermatite verrucosa" mudaram essa designação para Chromoblastomycose, afim de indicar não só a coloração especial do organismo que produz a infecção como tambem para mostrar a sua relação com a Blastomycose. Estudos ultimamente feitos por nós vieram mostrar não haver relação da molestia com o que conhecemos como Blastomycose, razão porque propomos mudar o nome para Chromomycose. Verificámos por esses estudos que existe no Brasil não somente "Acrotheca", como ficou estabelecido por Fonseca e Leão, mas tambem "Phialophora", a qual é uma das culturas originaes isoladas por Pedroso e Gomes de um de seus casos. Ainda mais, o estudo de muitas amostras de fungos isoladas de casos de Chromomycose nos mostrou que, além desses dois generos ha ainda Trichosporium e Hormodendrum, como agentes etiologicos dessa mycose. — dr. Barros Erhart, secretario.

Philergon *fortifica de facto*

1 COLHER ÀS REFEIÇÕES

Gluconato de calcio Sylil — 2, 5 e 10 cc.

SESSÃO DE 8 DE JANEIRO

Presidente: DR. THALES MARTINS

Piedra por Trichosporum (Nota prévia) — Drs. F. ALMEIDA E MORRIS MOORE — Refere-se a uma nota a um caso recente de "Piedra" ocorrido em São Paulo e cujo material foi estudado para diagnóstico. Os cabelos atacados apresentavam pequenos nódulos de coloração creme escuro.

Ao exame microscópico, após tratamento, esses nódulos se mostram constituídos por células levediformes, artrospóricas ou esfericas.

Macroscopicamente e microscopicamente o aspecto dos elementos formadores do nódulo despertaram imediatamente a atenção dos autores por serem os communitates observados nos nódulos pedricos que têm sido por elles examinados. Os cabelos semeados desenvolveram dias depois colônias claras, vermiculares, cremosas, completamente diversas, portanto, das colônias de "Piedraia hortai", que são negras, duras e fortemente adherentes ao meio. O exame cultural microscópico revelou formas analogas ás encontradas nos cabelos parasitados. Pela morfologia dos elementos nos nódulos e nas culturas pôde ser o fungo identificado ao genero "Trichosporum".

Um estudo mais apurado do microorganismo está sendo feito conjuntamente com fungos de diferentes casos de Piedra.

Novo genero e nova especie de fungo productor de Chromomycose. Phialoconidiophora Guggenheimia n. g. e n. sp. (Nota prévia) — Drs. MORRIS MOORE e FLORIANO DE ALMEIDA. — Fazendo um estudo comparativo, cultural, macro e microscópico de numerosos fungos, isolados de casos de chromomycose ocorridos nas Americas do Norte e do Sul, os autores affirmam que encontraram um microorganismo apresentando caracteristicos morphologicos completamente diversos daqueles demonstrados por qualquer outro fungo até hoje observado.

Este organismo foi recentemente isolado de um authentic case de chromomycose internado na Santa

Casa de São Paulo. Macroscopicamente sua cultura se relacionava estreitamente com as de Botrytoides (Acrotheca) novo genero, Phialophora e hormodendrum. Microscopicamente, em inicio de crescimento, o fungo em questão pareceu muito semelhante ao que Langeron descreveu como Trichosporium.

Um exame mais apurado, porém, mostrou logo não ser correcto considerá-lo como desse genero.

Em diferentes meios foi encontrado o conidiophoro typico de Botrytoides e além disso tambem o tipo de formação de esporos visto em Hormodendrum.

Em muitos meios, especialmente Czapek, além dessas particularidades, foi encontrada a formação de "taças" nos conidiophoros, caracteristica esta do genero Phialophora. Estas taças apparecem bem pronunciadas mais ou menos para o 12.º dia. Em Sabouraud maltose a formação de taças é vista quasi exclusivamente, enquanto em outros meios não foram encontradas essas formações, mas sim conidios ramificados ou conidiophoros semelhantes ao do genero Acrotheca. Para este novo e tão complicado organismo que, por suas caracteristicas morphologicas, se relaciona com os generos Botrytoides Phialophora e Hormodendrum os autores propõem o nome de "Phialoconidiophora Guggenheimia", Moore e Almeida, novo genero e nova especie.

Pequeno cuneiforme esquerdo de uma potranca, com os seus componentes em independencia — Dr. J. RIBEIRO NETTO. — Normalmente o segmento tarsal do cavallo offerece 6 ossos. Excepcionalmente 7, pela independencia dos componentes do pequeno cuneiforme, cuja soldagem, em geral, é feita antes do nascimento.

Numa potranca, de mais ou menos 22 meses e em uma outra de 5, sacrificadas para o ensino de Anatomia Veterinaria na Escola de Medicina Veterinaria, foi notado respectiva-

mente, no tarso esquerdo e direito, o pequeno cuneiforme com os seus elementos independentes.

Descurada pelas Anatomias Veterinárias a descrição destes ossos, respectivamente o tarsal I e o tarsal II, o A. levou-a a effecto.

Phenomenos de dissociação nos estreptococos hemolyticos, em relação com á sensibilidade ao bacteriophago especifico — DRS. N. PLANET e O. BIER. — Foram investigadas 50 amostras de estreptococos hemolyticos humanos e equinos, relativamente á sensibilidade das raças B. C. e D. de bacteriophagos estreptococcicos descriptos por Evans.

Confirmando-se a ordem de actividade dos phagos, bem como a maior potencia do bacteriophago em presença da amostra sensível (phago nascente).

As percentagens de amostras phago-sensíveis são inferiores ás referidas por Evans. Uma possível explanação deste facto é dada pela verificação de que se pode demonstrar, nas culturas de estreptococos, fezes sensíveis e fezes phago-resistentes, confirmando observações anteriores de Dutton.

Do estudo comparativo das amostras originaes e das culturas secunda-

rias, não se verificaram diferenças apreciaveis em relação com a morphologia das colonias ("matt" e "glossy").

Sobre a utilização do pombo como animal test de um hormonio pre-hypophysario — DRS. J. RIBEIRO DO VALLE. — Os pombos dos dois sexos na occasião do chôco formam, nas bolsas lateraes do papo, uma substancia cascosa — o leite do papo do pombo — que constitue a primeira alimentação aos borrachos. A formação deste "leite" está sob a dependencia da prehypophyse e Riddle e outros preconisaram o emprego desses animaes como test da prolactina.

O A. suggere a utilização de pombos adultos com fistula permanente na região ventral, observando-se minuciosamente o material de lavagem do papo, recolhido numa placa de Petri. Em 8 pombos operados, obteve, por esse methodo, granulos caseosos justamente no pombo fistulizado, que alimentava dois borrachos implumes.

O A. acha que a technica é de vantagens, tanto na identificação da prolactina, como no estudo do cyclo de formação e de secreção do "Kropf-milch". — Dr. Barros Erhart, secretario.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo

SESSÃO DE 14 DE JANEIRO

Presidente : PROF. FLAMINIO FAVERO.

Prevenção dos accidentes do trabalho — DR. RENATO BOMFIM. — Iniciando a sua communicação, o A. referiu-se a um projecto de lei apresentado recentemente ao Congresso Estadual pelo deputado Aldo Azevedo, propondo a criação de um departamento de prevenção dos accidentes em geral, e congratulou-se por esse motivo com a Sociedade de Medicina Legal que foi a primeira a levantar o problema entre nós, foca-

lizando-o repetidas vezes a proposito dos accidentes do trabalho. Em seguida justificou a sua contribuição pela actualidade do assumpto, reportando-se ás estatisticas por elle organisadas com dados officiaes. Accentuou a falha em que incorreram os nossos legisladores até hoje, omitindo na lei de 1919 e na ultima dispositivo sobre a prevenção dos accidentes. Passou então a expôr o funcionamento das varias insti-

tuções de prevenção no estrangeiro, apreciando os respectivos resultados com graphicos que demonstram o declinio do coefficiente de sinistros em taes condições. São Paulo tem tido, quanto a isso, algumas iniciativas particulares de prevenção com valiosos resultados. Ultimamente, o governo tambem iniciou o movimento de prevenção estabelecendo o exame previo dos operarios das diversas repartições do Estado. Estudou o problema sob outros aspectos e concluiu propondo que a Sociedade de Medicina Legal manifeste oficialmente o seu apoio á idéa lauvavel do deputado Aldo Azevedo. Em discussão esse trabalho, falaram a respeito os drs. Moacyr Alvaro e Augusto Matuck. tendo sido em seguida approvada a proposta do dr. Renato Bomfim e mais outra do dr. Moacyr Alvaro para que a Sociedade entre em relações com a I. D. O. R. T., ficando encarregado dessa tarefa o dr. Moacyr Alvaro.

■ **Nova lei de accidentes do trabalho do ponto de vista ophtalmologico** — DR. MOACYR ALVARO. — O orador, após fazer considerações geraes sobre a nova lei apontando diversos aspectos que realmente trouxeram uma melhoria para a compensação de accidentes do trabalho, analysou minuciosamente a parte referente aos traumatismos oculares, evidenciando a incoherencia dessa secção das tabellas nas quaes as porcentagens de incapacidade attribuidas em muitos casos, não correspondem, em absoluto, ao damno funcional. Assim, exemplificando, referiu que um relojoeiro, accidentado aos 35 annos, perdendo praticamente a visão de um dos olhos, recebeu compensação referente a 24%. ao passo que, pela lei anterior, podia receber

até 60%. Passou a seguir em revista a legislação dos diversos paizes estrangeiros sobre o mesmo assumpto e concluiu pedindo á sociedade que suggira ao ministerio do Trabalho a conveniencia de serem alteradas as tabellas actuaes. Falaram a respeito desse trabalho os drs. Renato Bomfim, Constantino Mouzo e Arnaldo Amado Ferreira, tendo este ultimo proposto que se nomeasse uma commissão para apresentar suggestões de reforma da lei ao ministro do Trabalho. Á sr. presidente disse que ficava encarregada dessa tarefa a secção de infortunio da Sociedade, sob a presidencia do dr. Romeu Petrocchi.

Sobre dois signaes oculares de morte — DR. HILARIO VEIGA DE CARVALHO. — O orador estudou, no seu trabalho, a opacidade das corneas e a depressibilidade dos globos oculares. Baseou o seu estudo em cem oservações colhidas no "Instituto Oscar Freire" durante um anno, nas 4 estações. Teve 100% de positividade para a opacidade e 90% para a depressibilidade. Verificou tambem que a pressão atmosferica, baixa, a menor porcentagem de humidade do ar, a temperatura ambiente alta, favorecem os dictos phenomenos. Verificou, igualmente, não constituirem factores que influam, nem o sexo nem a nacionalidade. Quanto á "causa mortis", se bem que admitta a sua influencia, não pode tirar conclusões. Notou que o estado das palpebras, quando abertas, favorece o desenvolvimento dos phenomenos em estudo. Por fim, comparou os dois signaes com a mancha negra da esclerotica, verificando haver concordancia. O trabalho foi discutido pelo dr. Arnaldo Amado Ferreira.

SESSÃO DE 30 DE DEZEMBRO

Presidente : PROF. FLAMINIO FAVERO

Alguns factores de accidentes no trabalho — DR. AUGUSTO MATUCK. — Começou o A. dizendo que factores unicos para a produção do accidente são o meio e a personalidade.

O primeiro é complexo e vario, de accordo com a modalidade da produção, sendo o seu estudo mais da alçada do engenheiro, do industrial, do technico. A personalidade é objecto da medicina, e é esta que a deve

estudar, no seu complexo physico e psychico. Assim é que se pôde, depois, fazer a selecção do operario, de accordo com o typo adequado de trabalho.

Insistiu, então, o orador em que são causas de grande parte dos acci- dentes de trabalho, a ausencia de orientação profissional ou da selecção,

a falta de racionalização e o desconhecimento do estudo constituciona- listico. As suas conclusões foram baseadas em innumas estatisticas, que apreciam a temperatura ambi- ente, a nacionalidade do operario, a hora do trabalho, etc., em relação ao trabalho. — Dr. Oscar Ribeiro de Godoy, secretario.

Rotary Club de S. Paulo

REUNIÃO DE 10 DE JANEIRO

Presidente : CARLOS PACHECO FERNANDES

Prophylaxia da Tuberculose — DR. EURICO BRANCO RIBEIRO. — A. informou que o consocio Eduardo Vaz, Presidente da Comissão de "Serviços á Comunidade", se acha empenhado no sentido de estabelecer um perfeito entendimento com os srs. industriaes de S. Paulo, afim de que seja feito, systematicamente, um exame prévio de todo operario candidato a serviços nas officinas desta capital, devendo ser o exame conduzido de modo a seleccionar com segurança os que por ventura sejam portadores da infecção bacillar, em qualquer de seus estados de evolução. Esse recurso preventivo constituirá

um grande auxiliar da saude publica' evitando assim a propagação de um mal que tão generalizado se vae fazendo em nossa terra.

Outra medida que tambem está recebendo o maior cuidado por parte do consocio Eduardo Vaz, consiste no trabalho que aquelle companheiro já tem feito junto da Directoria de Instrucção Publica, afim de que nos livros destinados ás escolas primarias e secundarias do Estado sejam intro- duzidos trechos de propaganda contra a tuberculose, pequenas phrases inter- caladas, com criterio, no texto da materia a ser estudada diariamente pelas creanças.

Sociedade de Ophtalmologia de S. Paulo

SESSÃO DE NOVEMBRO

Presidente : DR. SOUZA MARTINS

Alguns progressos na gradação de oculos — DR. MOACYR ALVARO. — O A., após salientar as vantagens de um exame rigorosamente exacto dos vicios de refração e da prescrip- ção de oculos adequados, faz refe- rencias aos diversos methodos em- pre- gados e accentua os resultados favo- ráveis obtidos pelo emprego dos cy- lindros cruzados.

Demonstra, a seguir, a efficiencia de um instrumento destinado a me- dir rapida e precisamente os desvios

latentes dos olhos (phorias), respon- sáveis em muitos casos por phenome- nos de asthenopia, taes como dores de cabeça, tonturas, sensação verti- ginosa, etc... cuja correcção por meio de prismas graduados de accôr- do com os resultados encontrados com o apparelho mencionado, trazem o allivio daquelles padecimentos, de outro modo impossiveis de serem corrigidos com os oculos usuaes.

Mostra depois alguns exemplares de crystaes do typo "Salvóc", seme-

lhante aos vidros duplex e triplex usados nos parabrisas dos automoveis, mas de transparencia perfeita, que por não darem estilhaços quando quebrados, são recommendaveis para crianças ou esportistas para os quaes havia sempre a contraindicação do uso de *crystaes communis* pelos perigos decorrentes de eventuaes ferimentos oculares pelos estilhaços.

Sobre um caso do assim chamado "Exfoliatio lentis" — DR. JUNQUEIRA FRANCO. — O A. apresenta a observação de um doente de 57 annos, portador da syndrome conhecida pelo nome de "*Exfoliatio capsulae superficialis*" de Vogt. Historia e descreve as characteristics desta nova formação pathologica para salientar que o interesse da mesma foi originado pelo facto de Vogt ter attribuido uma relação intima entre o Glaucoma e a referida syndrome (*Glaucoma capsulo — lenticular*).

Cita os differentes autores que se interessaram pelo assumpto, para se deter particularmente nos trabalhos de Trantas e Busacca que estão em

oposição aos do descobridor da syndrome nesse particular, cabendo a Busacca a prioridade na interpretação da mesma, como alterações senis, opinião adoptada, posteriormente, por Trantas e outros. Refere ainda ás innumeradas controversias da questão, para concluir com os achados na parte superficial da capsula do crystalino denominados formações laminares que para alguns autores se trata de uma alteração da capsula do crystalino, ainda não conhecida na sua natureza, ao passo que, para outros, se trataria de depositos de substancias suspensas no humor aquoso.

Cornea conica trachomatosa — DR. A. BUSACCA. — O A. faz um relato sobre uma deformação da cornea observada em casos de trachoma. A parte central da cornea toma forma conica, havendo uma forte redução da espessura do *parenchyma*. A visão melhora muito pelos vidros de contacto. Faz considerações sobre a pathogenia — Dr. Toledo Passos, secretario.

Escola de Tecelagem

CONFERENCIA DE 12 DE JANEIRO

O oleo do algodão, do ponto de vista medico e pharmaceutico — DR. JOÃO ALFREDO VARELLA. — Inicialmente salientou o conferencista que não pretendia referir-se ás noções de algodão.

Accettando o convite que lhe tinha feito a Escola de Tecelagem, trataria de assumpto que se realmente não se enquadrava no programma da casa não lhe deve ser indifferente; pelo contrario, constitue contribuição para os estudos dedicados á industria algodoeira — ouro branco do brasileiro.

Estudou, então o oleo do algodão e suas applicações em pharmacia, mostrando e provando que o oleo do algodão pode substituir o oleo de oliva, em todas as formas e formulas

pharmaceuticas. Estudou o oleo de algodão sob o ponto de vista de suas extracção, purificação, lavagem e descoramento.

Examinou, a seguir, suas applicações em medicina provando que o oleo do algodão tem as mesmas propriedades therapeuticas do oleo de oliva.

Referiu-se depois ao uso desse oleo, na arte culinaria onde vem sendo preferido, por estar mais ao alcance popular.

Alludiu, ahi, ao lado financeiro da questão. Accentuou que, em 1932, a importação, pelo porto de Santos de oleo de oliva ascendeu a 8.411:000\$000. Ora progredindo a industria do oleo de algodão, ao lado

da industria do oleo de amendoim, a importação de oleo de azeitona, tendia a desaparecer, mesmo porquênão ha razão para importarmos oleo de oliva, quando possuimos oleos vegetaes tão bons quanto aquelles e por preço trez vezes menor.

Concluindo, o dr. João Alfredo Varella appellou para que alguns dos assistentes se dedicassem tambem á industria do oleo do algodão, cujo desenvolvimento contribuirá, de maneira preponderante, para o maio engrandecimento de São Paulo.

LITTERATURA MEDICA

Livros recebidos

Manual de Bacteriologia — JOSE W. BIGGER, edição espanhola de Manuel Marin (Provenza, 273), Barcelona, 1936.

O excellente livro que o professor de Microbiologia da Universidade de Dublin lançou com grande exito na Inglaterra acaba de ser traduzido para o espanhol pelo prof. Ballesteros, de Valladolid. Trata-se de uma obra moderna, escripta para medicos e estudantes, diante das reclamações que o mestre recebia a propósito dos tratados existentes. As falhas nestes contidas foram todas sanadas. Encarando o assumpto do ponto de vista didactico, Bigger poz em realce o que realmente deve merecer maior attenção na vida profissional. Dahi o grande interesse do livro para o estudante e para o clinico.

Prophylaxie de la syphilis — C. LEVADITI — Librairie Maloine (27, rue de l'Ecole de Medicine), Paris, 1936.

E' desnecessario encarecer o nome de Levaditi. O illustre professor do Instituto Pasteur de Paris apresenta-nos agora um livro summamente interessante. Basta dizer que, focalizando um problema de grande actualidade, elle colloca como substitutos estes disticos suggestivos: "Prophylaxia local, preservação per os metallo prevenção". Num volume de 230 paginas, elle reúne tudo o que se conhece sobre a chimioprevenção da syphilis. O leitor encontra no volume grande somma de conselhos uteis. Preço do volume, 18 francos.

Blastomas — HELION POVOA — Flores e Mano (rua do Ouvidor, 145), Rio, 1934.

Num volume de 200 paginas, o conhecido cientista patricio, que é livre docente da Universidade do Rio, condensou as principaes noções sobre a oncologia, encareando-a principalmente do ponto de vista anatomopathologico. Depois de interessantes capitulos sobre a histogenia e pathogenia dos blastomas, sobre os factores oncogenicos e sobre os blastomas dos animaes e dos plantas, destrinchou o problema da nomenclatura e, a seguir, discorreu, successivamente, sobre os tumores conjuntivos, vasculares, musculares, endotheliaes, melanogenicos, epitheliaes e neurogenicos. O livro contem numerosos eschemas e photographies, muitas dellas originaes.

Las ondas cortas en la Medicina — E. RAAB — Edição castelhana de Acevedo Sojô, Buenos Aires, 1935.

As ondas curtas estão na moda. Por isso, são de grande utilidade os manuaes que têm apparecido encarendo esse methodo therapeutico não só quanto á sua utilização na clinica, mas tambem quanto as suas bases theoricas. Dentre os livros desse genero, mereceu grande divulgação, exigindo varias edições seguidas, o que publicou na Allemanha o dr. Raab, sob os auspicios do prof. F. Munk, director do Hospital Martin Lutero, de Berlim. A versão espanhola, feita na Argentina e que está sendo distribuida pela livraria El Ateneo (Florida, 371), é muito

oportuna e certamente terá grande divulgação em nosso meio.

Applications pratiques de la transfusion sanguine — ROGER MOLINE — J. B. Bailliere et Fils (19, rue Hautefeuille), Paris, 1936.

A transfusão sanguínea grangeou merecido favor entre os methodos therapeuticos. Tanto na clinica como na cirurgia ella tem larga applicação e, por isso, todo medico deve estar bem ao par dos beneficios que ella traz e da technica da sua utilização. Para o pratico, o importante e conhecer as indicações e contraindicações, a maneira de bem seleccionar os doadores e as minucias de technica necessarias para levar ao termo, de um modo seguro e comodo, o acto da transfusão. São esses pontos que Moline focaliza no seu interessante trabalho, que é mais um valioso livrinho da colecção "Les thérapeutiques nouvelles", da Livraria Bailliére, de Paris. Preço 10 francos.

Grandeza e Miserias da Medicina — GILBERT ROBIN — Edição portuguesa da Conkson Ltda. (Caixa postal, 2.316) Rio, 1935.

É um livro de fundo psychologico. Diz o A. na Introdução, falando do medico, depois de estudar-lhe a vida profissional: "nessas galés não devemos lamentar o, pois sua escravidão é illimitada: elle possui a a vida e a morte, dois dominios dignos de inveja". É um livro de leitura agradável para os momentos de repouso da labuta profissional.

Trabajos Científicos (1931-1934) — JOSUE BERUTI e Collaboradores — Imprensa Frascoli & Bindi (Cordoba, 2559), Buenos Aires, 1935.

O professor Josué Beruti reuniu em elegante volume o resumo dos trabalhos produzidos na sua Clinica Obstetrica e Gynecologica do Hospital Ramos Mejia. Não só asconferencias, como as communicações feitas a congressos, e sociedades sabias, os trabalhos publicados em revistas, as theses de doutoramento, enfim tudo o que se fez na Clinica vem resumido em castelhano, allemão e francês. É, assim, um guia preciso da actividade daquelle impor-

tante centro de estudos que o prof. Beruti dirige.

Exame prenupcial — JOSÉ DE ALBUQUERQUE — Circulo Brasileiro de Educação Sexual (rua 7 de Setembro, 207), Rio, 1935.

O A., que vem desenvolvendo larga actividade educacional na esphera do sexualismo, reuniu em volume as conferencias que proferiu no Radio Club do Brasil de junho a setembro de 1930, sobre o Exame prenupcial, quando o assumpto era largamente debatido pelo Poder Legislativo. Nas 12 palestras feitas, o A. encara o assumpto sobre os seus varios aspectos, dictando as directrizes que lhe parecem mais acceitaveis para o nosso meio.

Rockefeller Foundation — relatorios annuaes, New York, 1935.

Temos em mãos o volume contendo o relatorio annual referente a 1934, pelo qual se vê o extraordinario vulto das actividades da grande instituição philanthropica norte-americana. Recebemos tambem o relatorio de 1934 da sua "International Health Division", contendo, alem do mais, interessantes informes sobre a febre amarella no Brasil.

Epilepsia — CUNHA LOPES — Irmãos Pongetti, editores, Rio, 1936.

O nome do prof. Cunha Lopes avulta na psiquiatria brasileira como o de um mestre consumado. A sua reputação firmada pela sua intelligencia vivaz e arguta, consolida-se pela consistencia e cultura que revelam as suas obras, as quaes trazem sempre um cunho pratico de divulgação. Em *Epilepsia*, primorosa edição dos Irmãos Pongetti, que, vale notar, está a um preço assaz convidativo, encontra-se em prefacio do prof. Adauto Botelho. Delle extrahimos estas palavras de muita eloquencia: "É um livro consciencioso e bem concatenado, cuja immensa utilidade ninguem deixará de perceber e cuja leitura trará sempre proveitos a medicos, advogados e até mesmo aos proprios doentes".

Do livro destacam-se os seguintes capitulos: Constituição, Sintomatologia, Formas Clinicas, Ethiologia, Anatomia Pathologica, Pathogenia, Diagnostico, Prognostico, Tratamento, Medicina Legal e Prophylaxis.

ASSUMPTOS DE ACTUALIDADE

Fracturas da base do craneo

Resumo de um trabalho de Lacerle em La Presse Médicale, n.º 95, 27 de novembro de 1935:

"As fracturas da base do craneo podem ser seguidas de meningite infecciosa, especialmente aquellas que interessam á lamina crivada.

Visando prevenir esta complicação, o A. usa com exito as injeções de propidon.

Utilisa-se dessa vaccina de Delbet nas fracturas da base pura irradiada, porem, cirurgicamente inacessiveis.

Nos traumatismos da abobada, a exploração systematica e a desinfeção, effectuada desde as primeiras horas, evitam as complicações infecciosas.

O propidon deve injectar-se precocemente. Passadas 10 a 12 horas do traumatismo, já será tarde.

Lecerle reuniu 50 casos de fracturas da base, preventivamente trata-

dos com propidon e que evoluíram sem complicação infecciosa.

Em 6 casos appareceram phenomenos de meningismo de intensidade variavel: grande elevação do pulso e temperatura, rigidez da nuca, Kernig, que desapareceram ao cabo de 2 a 3 dias.

Sem duvidada, tratava-se de signaes de hypertensão ventricular traumatica e não de meningite abortada,

Concomitante a estas 50 observações, refere 4 casos não explorados, ou não submettidos em momento adequado á injeção de propidon, e que morreram.

Esta vaccina, quando empregada a titulo curativo, é inefficaz.

A injeção será feita na dose de 1 cc., em crianças, até 4 ou 5 cc., em adultos, e se repetirá duas vezes com dois dias de intervallo.

Na analyse de suas observações de fracturas de craneo, Lecerle observou 8% de mortes por meningite infecciosa, antes do uso do propidon."

IMPRESSA MEDICA PAULISTA

Summario dos ultimos numeros

Archivos de Biologia, XIX, 100-128, Setembro-Outubro, 1935.

Sobre tres novas Eirneria da Cotia Vermelha — A. CARINI; Insufficiencia do cuerpo luteo — JULIO MANOEL MORALES; Um caso de neuralgia leprosa curada com injeções de Solganal B. — ALEJANDRO Y. DAVALOS; O "Intestifago" como bacteriofago nas enteroinfecções — OSMOND COELHO; Observação clinica sobre o emprego do soro antialcoólico — OLIMPIO N. FIGUEIREDO.

Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo,

XIX, 103-148, Agosto-Setembro de 1935.

Mycoses do apparelho respiratorio — FLORIANO DE ALMEIDA; Considerações acerca de um caso de calculose ureteral — SOARES HUNRIGIA e JOSE SAYEG (dordo.); Sobre um caso de mycose pulmonar causada por penicillium — VASCO FERRAZ e FRANCISCO X. PINTO LIMA (dndo.); Considerações em torno da pancreatite hemorrhagica — HILARIO VEIGA DE CARVALHO e A. D. FRANCO DO AMARAL; Novos processos da ophthalmologia — MOACYR E. ALVARO; Resultados obtidos com as cem pri-

meiras radioscopias na capital de S. Paulo — VASCO FERRAZ COSTA; Ruidos articulares — PEDRO COSSIO; Uma phase elevada do pensamento anatomo-comparativo Cuvier — J. RIBEIRO NETTO.

150-184, Outubro-Novembro, 1935.

Alterações graves da sensibilidade na esclerose lateral amyotrophica — E. VAMPRE e PAULINO W. LONGO; Tratamento da megasigma pela esphyterectomy pelvirectal — S. HERMETO JR.; Ferimento das vias biliares — RODRIGO A. FERRÃO e EURIKO BASTOS; Um caso de morte subita com registro electrocardiographico — DANTE PAZZANESE; Tumor osseo do maxillar inferior — DURVAL MARCONDES; Alguns aspectos da psychogenese do homosexualismo — SOARES HUNGRIA, ADAUTO MARTINEZ e RAMON PLATT JUNIOR; Appendicectomy por incisões minimas — SERGIO DE CARVALHO; Falso abcesso de Brodie do maxillar inferior — SEBASTIÃO HERMETO JR.; Diagnostico radiologico das ulceras gastricas e duodenaes — CARLOS FERNANDES; Perturbações vago-sympathicas e anesthesia — JOSE SAYEG (dndo.); Dr. JOSE LEMOS MONTEIRO DA SILVA. J. B. ARANTES; Um caso de insuficiencia aortica syphilitica — A. DE ALMEIDA PRADO; Estenose do istmo da aorta — J. BARBOSA CORREA e CASSIO VILLAÇA; Hypoglicemia — VASCO FERRAZ COSTA e TITO RIBEIRO DE ALMEIDA (dndo.); As ideias actuaes sobre a therapeutica da malaria — HUGO SILVA.

Gazeta Clinica, XXXIII, 296-325, Novembro 1935.

A autoterapia curativa — J. DE OLIVEIRA BOTELHO; Exame de armas de fogo — MANUEL VIOTTI;

326-355, Dezembro 1935.

Impressões invisíveis I — MANUEL VIOTTI; Um caso interessante de Acidente do Trabalho — DEUDEDIT ALVES; Tuberculose precoce em trinta sinais — CAMILO OLIVEIRA PENA; Tratamento da obesidade pelo dinitrofenol — THALINO BOTELHO.

Novotherapia, XV, 163-184, Novembro, 1935.

Os dimidios — W. BERARDINELLI; Um caso de tetania adutorum — E. TRAMONTI; As myalgias e a therapeutica histaminica — ARNALDO TRAMBUSTI.

A Odontologia Moderna, IX, 113-167, Setembro 1935.

O tratamento thermal nas parodontoses — NICOLINO RAIMO; Algumas palavras sobre a polyarthrite alveolo-dentaria — PAULINO DE CAMARGO FERRAZ; Therapeutica das sialorrhéas — FRANCISCO FABIANO ALVES; O desempenho materno na protecção dos dentes dos seus filhos — GUIDO PANAIN.

225-275, Novembro-Dezembro, 1935.

Technica do emprego da tira de celluloid nas obturações a porcelana plastica — CARLOS ALDROVANDI.

Pediatria Practica, VI, 37-78, Março-Abril, 1935.

Sobre um caso de empiema pneumococico — CESAR PERNETA; Desenvolvimento fisico da criança no Brasil por grupos de idade. Influencia dos fatores economicos e sociaes — EMA DE AZEVEDO; Zona varicela e sarampo — THALES DE AZEVEDO.

Publicações Medicas, VII, 1-52, Dezembro, 1935.

Contribuição ao estudo da pressão venosa peripherica — FIORAVANTI DI PIERO; Radiotherapia Gynecologica. Radiotherapia dos processos inflammatorios annexaes — FELIX DE QUEIROZ; Abcesso do pulmão no curso da furunculose — LUCIANO DE OLIVEIRA; Dermatoses de sensibilidade — FRANCISCO PARAIZO CALVANTI.

Revista da Associação Paulista de Medicina, VII, 195-244, Outubro de 1935.

Sobre a dualidade genetica do infiltrado precoce — J. OCTAVIO NEBIAS; Incisões laparotomicas e seu estudo critico — MARIO OTTOBRINI COSTA; Financiamento do armamento antituberculoso. A questão do seguro social — R. DE PAULA SOUZA.

245-292, Novembro 1936.

Quatro annos de physiotherapia applicada á dermatologia (Radiotherapia sub-penetrante) — JOÃO PAULO VIEIRA Nephroptose — DARCY VILLELA ITIBERE; Alguns problemas sobre a physio-pathologia da glandula thyreoide — F. A. DE MOURA CAMPOS; O enteroclysmas como factor de fixação da libido — DURVAL MARCONDES.

Revista de Leprologia de S. Paulo, II, 209-309, Dezembro 1935.

Considerações sobre alguns casos de esplenomegalias na Lepra — LUIZ MARINO BECHELLI; Coexistência de abcesso nervioso y lepra tuberculoide — SOLOMON SCHUJMAN; Caso interessante de atrophia maculosa deuteropathica — ARGEMIRO RODRIGUES DE SOUZA; Prognostico da lepra — E. FIDANZA.

Revista Odontologica Brasileira, XXIV, 277-328, Novembro-Dezembro, 1935.

A cooperação scientifica da odontologia no tratamento da tuberculose pulmonar — SEBASTIÃO MEIRELLES; A Semana Odontologica de Porto Alegre — SABINO MENNA BARRETO; Os harmonios da saliva — MARIO DEVEZE.

Revista de Neurologia e Psychiatria de São Paulo, I, 421-533, Julho-Dezembro, 1935.

Sobre as cellulas Eosinophilas do liquido cephalo rachidiano (nota previa) — OSWALDO LANGE; Doença

de Friedreich com surdez em dois irmãos — WALDEMIRO PIRES e A. HOMEM DE CARVALHO; Attentado ao pudor (?). Manifestações residuas encephalíticas. Deficiência intellectual. Schizoidia. Conclusões medicolegaes — A. TEIXEIRA LIMA e FAUSTO GUERNER As applicações clinicas do "Test" Psychologico de Rorschach. Generalidades sobre o methodo — E. DE AGUIAR WHITAKER; Sobre as emoções localizadas na epilepsia — E. S. ROOD; Compreensão psychanalytica da alma infantil — NEVES MANTA; O ensino psychiatrico nas Universidades Allemãs — CUNHA LOPES.

Revista Urologica de S. Paulo, III, 1-72, Julho-Agosto, 1935.

Sobre dois casos de dystopia renal congenita — GERALDO V. DE AZEVEDO; Diagnostico e tratamento do rim polycystico — LALOR MOTTA; Plegmão peri-urethral — ARTHUR BREVES; Das vesiculographias — HERACLITO LEAL; Vesiculographias — indicações — interpretação radiologica. Controversia que se esclarece — ATHAYDE PEREIRA.

São Paulo Medico, VIII, 213-290, Novembro-Dezembro, 1935.

Diurese e metabolismo — J. DUTRA OLIVEIRA; Psicóses puerperais — CELSO WEY DE MAGALHÃES; Sobre um caso anatomo-clinico de Mal de Banti — JOSE DE CASTRO (dndo.); Em torno de um caso de privação de direitos civis — MARIO DE GOUVEA.

VIDA MEDICA PAULISTA

Associação Paulista de Medicina

Nova secção. — Sob a presidencia do prof. A. C. de Camargo e secretariado pelo dr. Fernando Fonseca, realiso no dia 6 de janeiro ultimo, a sessão convocada para a eleição da primeira directoria da secção de Dermatologia e Syphiligraphia, recentemente criada.

Aberta a sessão, o prof. A. C. de Camargo convidou o prof. Aguiar

Pupo, director da Faculdade de Medicina e illustre dermatologista, que se achava no recinto, a sentar-se á mesa que presidia os trabalhos.

Em seguida, discorre sobre as vantagens do systema de secções especializadas, em boa hora criado pelos fundadores desta Associação, de maneira a haver mensalmente numerosas sessões scientificas.

Procedeu-se, em seguida, á eleição da mesa que deverá dirigir os trabalhos desta nova secção durante o anno de 1936, sendo eleita, por aclamação, a seguinte directoria; presidente, prof. Aguiar Pupo; 1.º secretario, dr. Vicente Grieco; 2.º secretario, dr. Januario de Capua.

A nova directoria foi immediatamente empossada.

O prof. Aguiar Pupo, em bello improviso, agradece a sua eleição para o cargo de presidente da secção e discorre sobre o alto valor que têm, para os especialistas, estas secções especializadas, permitindo-lhe apre-

sentações de trabalhos ao alcance de toda a assembléa, as trocas de idéas sobre determinados assumptos, a descrição de observações novas e a apresentação de notas prévias.

Ao finalizar a sua oração, o prof. Aguiar Pupo concita os dermatologos paulistas a trabalhar pela prosperidade da nova Secção de Dermatologia, e mais uma vez apresenta agradecimentos não só aos seus collegas de especialidade como tambem ao presidente da Associação, prof. A. C. de Camargo e ao 1.º secretario da mesma, dr. Fernando Fonseca, que dirigiram os trabalhos da eleição.

Sociedade Brasileira de Orthopedia e Traumatologia

Sua fundação. — Acába de fundar-se em São Paulo a Sociedade Brasileira de Orthopedia e Traumatologia, estando sua séde provisoria installada no Pavilhão "Fernandinho Simonsen", da Santa Casa de Misericórdia.

A primeira directoria desse estabelecimento scientifico, eleita por unanimidade de votos, está assim constituída:

Presidente, professor dr. Luiz de Rezende Puech vice-presidente, dr. Domingos Define; secretario geral, dr. Itapema Alves; 2.º secretario, dr. Odaír Pedroso; thesoureiro, dr. Domingos M. Rezende.

Commissão de redacção da Revista: drs. Orlando Pinto de Souza, Anesio Figueiredo e Heitor Nascimento.

Conselho consultivo: Prof. Barbosa Vianna (Rio de Janeiro); dr. Achilles de Araujo (Rio de Janeiro); prof. Alfredo Monteiro (Estado do Rio); dr. Ovidio Meira (Rio de Janeiro); prof. Barros Lima (Pernambuco); dr. Martiniano Fernandes (Pernambuco); prof. Durval Gama (Bahia); prof. Nogueira Flores (R. Grande do Sul); dr. Godoy Moreira (São Paulo).

O sr. dr. Renato Bomfim, secretario geral da Sociedade de Ortho-

pedia e Traumatologia, concedeu a seguinte entrevista á imprensa, sobre os objectivos dessa nova sociedade scientifica:

"A Sociedade Brasileira de Orthopedia e Traumatologia, que acaba de fundar-se como agremiação de caracter scientifico, assemelhando-se a outras associações já existentes em S. Paulo, enquadra-se todavia em moldes differentes das suas congeneres, apresentando-se com uma organização quasi inedita entre nós.

Quero referir-me ao seu cunho de marcado nacionalismo, visando articular entre si os varios centros scientificos da especialidade no paiz.

Infelizmente, a verdade é que ainda vivemos num imperdoavel isolamento, excessivamente absorvidos, talvez, pela literatura medica estrangeira, enquanto permanecem inproveitados, muitas ezees, preciosos trabalhos e pesquisas de outras regiões distantes do paiz. Mesmo quando vêm a publico esses trabalhos, através de revistas e outros periodicos, resentem-se de certa unidade de orientação, o que embaraça o seu estudo systematisado e nunca poderiam supprir o interesse e o estimulo que despertam naturalmente taes communicações quando são apresentadas e debatidas no plenário de uma sociedade medica.

Reconhecendo estes inconvenientes e a necessidade de approximar os diversos nucleos da especialidade, nasceu a idéa desta iniciativa, animada pelo espirito brilhante e realizador do prof. Rezende Puech, ao qual se ligaram, com igual enthusiasmo, o eminente prof. Barros Lima, de Recife e Achilles de Araujo, como incansavel coordenador deste movimento no Rio de Janeiro. Em pouco tempo, o projecto recebia numerosas adhesões dos elementos mais destacados da classe no norte e no sul do paiz, vindo a constituir-se a nossa Sociedade, cujo exito parece desde já assegurado pelo modo auspicioso com que se iniciou.

Desejo assignalar que os collegas dos demais Estados, ao approvarem os estatutos, designaram esta capital para sede permanente da Sociedade, rendendo, por esta forma, uma homenagem publica a S. Paulo e á sua escola orthopedica, altamente distinguida com a missão de chefiar este movimento intellectual.

De agora em diante vão se conjugar melhor a experiencia e a observação clinica dos profissionaes de diversos pontos do paiz para o estudo de importantes problemas da nosologia brasileira, bem como de ques-

tões medico-sociaes que lhe são correlatas.

Visando focalizar assumptos de sadio patriotismo e inestimavel valor social, a Sociedade Brasileira de Orthopedia e Traumatologia criou nucleos regionaes, que se reunião em sessões mensaes nos varios Estados onde possa congregar cinco membros titulares, pelo menos, correspondendo-se obrigatoriamente com a sede central na qual se effectuarão regularmente as reuniões em conjunto para a discussão de themas de interesse commum.

Annualmente, o novel estabelecimento promoverá os "Congressos Brasileiros de Orthopedia e Traumatologia" que, com themas previamente annunciados, se reunião successivamente por um processo de rodizio, nas capitães dos diversos Estados. Em Junho deste anno se effectuará o seu Congresso Inaugural e a elle comparecerão, além dos profissionaes brasileiros de outros Estados, especialistas estrangeiros de consummado prestigio, a figura inconfundivel do grande mestre da escola italiana Victorio Putti, que, officialmente convidado pelo professor Rezende Puech, accedeu em participar deste grande certamen scientifico".

Faculdade de Medicina

Posse do Prof. E. Vampré. — Em concorridissima sessão publica levada a effeito no dia 25 de dezembro ultimo, na Faculdade de Medicina, realizou-se a cerimonia da posse do dr. Enjolas Vampré, que após brilhante concurso foi recentemente nomeado professor cathedratico de Clinica Neuiatrica dessa Faculdade. A posse do illustre cientista verificou-se perante toda a Congregação reunida para esse fim, sob a presidencia do dr. Almeida Prado, vice-reitor da Universidade de São Paulo, servindo de paranymphos os professores Candido de Camargo e Pedro Dias da Silva.

Em nome da Congregação falou o dr. Celestino Bourroul, recebendo o novo professor. O dr. Pedro Dias da Silva saudou-o em nome dos seus pa-

ranymphos. E encerrando a sessão falou o dr. Enjolas Vampré.

Do dr. Celestino Bourroul destacamos as seguintes palavras da sua brilhante saudação :

"Retornando saudoso aos nossos tempos academicos nos dois annos, que na Bahia vivemos juntos, primeiramente na republica apertada da rua do Cabral e depois no segundo andar do largo da Palma, em companhia de Zepherino do Amaral, Astolpho Margarido da Silva, Mario da Cunha Couto, Edmundo de Carvalho, Sebastião de Toledo Barros, Antonio Theophilo de Almeida, Christiano de Souza, Alceu Peixoto Gomide.

Pela vossa applicação e amor aos estudos conquistastes no conceito

unanime dos collegas o appellido de "Maestrino".

A nossa vida decorria suave e boa entre o estudo, a amizade a oração — ora et labora — do lemma benedictino.

Todas as semanas lá iam os, ao Convento de S. Francisco, sacudir a poeira da estrada de que vinhamos cobertos, nisso que Freud haveria de chamar mais tarde a psychanalyse e que já vinha sendo praticada na Igreja desde os primeiros tempos do Christianismo — a confissão das faltas.

Aos domingos commungavamos no mesmo ideal de nossa Fé no Corpo Sacrosanto do Senhor.

Talvez o agnosticismo de hoje esboce aqui um movimento de ironia mas havia tanta felicidade e tanta poesia nisso tudo.

Alguem sabe se a essa recordação piedosa do nosso passado distante um sorriso de scepticismo não vos afflore o espirito. Mas que importa! Ha na vida uma arca Santa onde se guardam sentimentos intimos e sagrados — a crença, o ideal, o amor da patria e da familia, e a amizade.

Ha tambem, uma urna para onde vão as folhas mortas das illusões desfeitas as flores murchas a seccas das amizades trahidas, os pungitivos espinhos da ingratiidão acerba.

"E os idolos que adorámos se devem sepultar envoltos na purpura do nosso respeito, assim fala o autor da "Priére sur l'Acropole".

O que era da terra precisa voltar á terra afim de que, como a semente divina do Evangelho, morrendo viva, ou até que a reconciliação lhe dê nova vida.

E profundamente humana a necessidade da confidencia para as almas.

Os sentimentos, os odios, as revoltas e mesmo os amores, quando fechados, fermentam, envenenam, consomem e explodem como o humor peccante de que já falava Hipocrates na imaginosa "cavité close", de Dieulafoy, a exaltar a virulencia de germens tão malignos ou a concentrar venenos tão mortiferos: e, á maneira das aguas dormentes, cujo espelho tranquillo e sereno esconde pedrões tão grandes.

Jesus, no seu intraduzivel "miserere super turbam" comprehendeu

todo soffrimento, ouviu o grito de dôr e de desespero que a humanidade atira aos ceus.

Como João reclinando a sua cabeça sobre o peito do Mestre, assim a nossa alma tem necessidade de encontrar o amigo, o conselheiro com quem possa confiar os sentimentos que lhe dormitam nas profundezas, as paixões sopitadas, os surdos rancores, as revoltas mal contidas, o que se não disse e se precisava dizer afim de que o "bas fond" do nosso eu, assim aberto, sangrado e saneado se transforme "em alguma coisa de social", no conceito de Maurois, como os charcos pestilentos e inuteis a se transformarem, pela drenagem, em terras sadias e ferteis.

Porque quiz eu ser o primeiro a vos dar as boas vindas nesta casa?

Porque de ha muito, por mim, já aqui estarieis se me tivesses ouvido.

Vae nisso uma reproche? Não, apenas a liberdade e a premencia de um affecto. E ademais uma divida de gratidão.

Quando o raio da desgraça cahiu sobre o meu lar, sobre aquella que Deus em sua bondade me deu para companhia de minha vida — a mãe de meus filhos — fostes vós e Zepherino do Amaral com todos os meus amigos que estiveram junto a seu leito e que m'a restituiram por mercê de Deus, san e salva.

Quando uma outra desgraça tombara sobre a minha cabeça, fostes ainda vós com meus Amigos que me soccorrestes.

E que alegria não tive em vêr o meu caso resolvido com a prata da casa...

"Neste mundo só vivemos de almas pela amizade".

Mas a verdadeira amizade
Amicus certus in re incerta cernitur

"Donec eris felix,
Multos numerabis amicos
Tempora si fuerint nubila
Solus eris".

São versos de Ovidio.

Temos muitos amigos porque não temos nenhum, disse Bonnard.

Não sei se vos lembraes do episodio commovente dos dois amigos Niso e Euryalo contado por Virgilio na Eneida:

"Ninguém fala de nós em nossa presença, como falaria em nossa ausência.

A amizade existente entre os homens só se esteia nesse engano mutuo, e poucas amizades subsistiriam se soubessemos o que o amigo diz de nós quando não estamos presentes". Pensamentos profundos de Pascal.

A nossa época, mais do que outra, carece do conceito socratico: "Conhece-te a ti mesmo" e da afirmação platoniana "Só sei que nada sei".

O caipira, de tanto ouvir falar que era domador, convenceu-se da coisa: montou em burro bravo e cahiu. Hoje não é preciso que outros falem, é o proprio sujeito que, sem nunca ter montado, se julga peão.

E' o eu, grandemente hypertrophiado no espelho do orgulho.

O remedio para tudo isso: a modestia.

Nesta hora em que chegastes a integrar e culminar vossas aspirações de medico, com a posse definitiva da cadeira de professor de Neurologia, eu rendo graças ao Senhor de vos ter podido acompanhar, como amigo, até aqui, com a mesma amizade da nossa juventude. Remirando do alto com a vossa familia, com os vossos amigos, a estrada e o caminho percorrido, eu revejo deslumbrado, o que fizestes nessa arrancada esplendida para o ideal, ideal de honra, de trabalho, de probidade, de intelligencia, de enthusiasmo. — legado bemdicto de vosso pae, Fabricio Vampré, a cuja memoria eu quero prestar aqui a expressão de minha homenagem porque foi um bom, um estoico, diante do soffrimento e da morte; cavalleiro da bondade, que sempre teve o culto das luvas brancas; o homem de bem, em toda a extensão do termo e a plenitude da acção; o homem justo de que fala Virgilio, sempre de pé, ainda que o mundo lhe cahisse por sobre a cabeça.

Continuae no mesmo dynamismo que vos distingue inconfundivelmente a trabalhar em meio de vossos brilhantes assistentes e alumnos em prol da Faculdade de Medicina de São Paulo, que vos acolhe agora como um dos professores mais competentes, esforçados e nobres, mórmén-

te depois do grande exemplo do Concorso tão dignificante para vós quão honroso para a Escola que tem a felicidade de vos haver definitivamente como mestre. Sêde bemvindo".

Das palavras proferidas pelo dr. Pedro Dias da Silva, destacamos as que se seguem:

"Mas por que esta inovação? Por que paranymphos, se Enjolras Vampré assoma neste recinto, laureado como um triumphador, sob a merecida consagração de seus pares, depois de um concurso famoso, em que se renomou um dos mais acatados neurologistas brasileiros, aclamado como tal pelas respeitaveis summidades dessa especialidade, em nossa terra?

Quando director desta Faculdade tive, por circumstancias especiaes de momento, a felicidade de propôr o nome de Enjolras Vampré, para reger interinamente a cadeira que agora lhe pertence por um indeclinavel direito de conquista, já o seu nome se projectava num halo de apreço e admiração geraes, e esse meu acto correspondia ao chamamento unanime da illustre congregação, o que era annunciado com lealdade e alegria pelo notavel professor Antonio Candido de Camargo, que tanto illustrou e dignificou as tradições desta casa.

Assim, esta gloria de hoje é um vaticinio antigo. E' a affirmação de um augurio feliz.

E é talvez por esse motivo, que se justifica a nossa presença como paranymphos nesta sollemnidade.

A honra, então, não é do paranymphado, senão dos que para isso foram lembrados. Enjolras Vampré abriu o escritorio precioso do seu coração e lá, no fundo d'elle, a sua amizade encontrou dois nomes que nelle se encasulavam, talvez por um sentimental motivo de gratidão.

Mas, o vosso convite, meu querido Enjolras Vampré, tem para a minha alma, uma commovida significação.

Não só, sendo neurologo, sois psychiatra, psychologo, como tambem, assim, medico de almas, aperfeiçoador de raciocinios, esculptor de caracteres humanos, cinzelador de emotividade, aurifice dos sentidos alheios... Não so... Ajudaes tambem o myste-

rio do tempo! Chamando-me aqui, avivavaes a memoria dos homens, e ajudaes o tempo, sem cujo concurso, no dizer de um sabio, nada se faz de grandioso e perduravel.

Ao erguer as columnas deste monumento de estudo e meditação, do pedestal ao capitel, do alicerce á cupola, num trabalho de sete annos, em que cada minuto valia por um novo esforço, em que cada difficuldade criava novas energias e novas aspirações, já me occorria ir accendendo os candelabros para illuminar as galas de suas vastas salas, o que significava reunir os mais bellos talentos do mundo scientifico de São Paulo, com o escopo decisivo de que esta Faculdade não fosse apenas um monumento de arte architectonica, mas uma esplendida irradiação de intelligencia e cultura!

Procurava assim seguir a clareira illuminada pelo genio de Arnaldo Vieira de Carvalho, seguindo pela esteira da luz que a sua clarividencia accendera em nosso caminho, sob os nossos passos, sobre as nossas almas! Porque Arnaldo Vieira de Carvalho, dentro desta nossa Faculdade, como que ainda é alguma coisa desse milagre sideral, da luz dessas estrellas tidas e havidas como astros mortos e que, entretanto, continuam fulgurando aos nossos olhos, resplandecendo nas alturas!

Bem comprehendendo, captivo, a belleza do vosso gesto, Enjolras Vampré! Quizeste com o favor do vosso gesto revelar o obreiro que fez alguma coisa por esta Faculdade, tão querida por nós, tão admirada por todos! Acompanhastes o meu obscuro labor tantas vezes esquecido. Testemunhastes o esforço do meu trabalho pela grandeza desta casa. Companheiro dessas horas de labuta infatigavel, sem desanimos, sem desfallecimentos, conheceis o meu devotamento em terminar esta obra, por mim começada, por mim construida, e que é, no genero, uma das mais bellas e perfeitas da America do Sul. Por isso, ainda repito, ajudaes o tempo que esclarece a justiça, que illumina a verdade...

No fundo da calça, sob o reboco e a tinta, conta uma velha lenda grega, estava escripto o nome do humil-

limo architecto que edificara o palacio deslumbrante.

Ficára no esquecimento esse nome. Por desejo delle mesmo. Um operario, notando a modestia do obreiro, escreveu assim escondido, o nome obscuro. Mas veio o tempo. Descoloriu as tintas, desbotou as pinturas, esborcinou os revestimentos, desbastou a calça e appareceu, mal apagado, o nome do que ajudara a erguer o monumento, que outra coisa não era senão a materialização do seu proprio sonho, a realidade da sua mais alta e embaladora aspiração!

Obrigado, meu amigo!

Sois dos que chegam a tempo, emerito professor! Sois da phalange dos que guardaram na memoria, perpetuamente, a lição de Francisco de Castro: alvorecer no estudo e adormecer na investigação para chegar ao futuro, dono do proprio destino!

Sois criador! Os iniciados do vosso culto, illuminados pelos vossos ensinamentos, já formam uma escola e, abeberados dos vossos novos estudos, guardarão, como numa moldura de ouro, o vosso nome indelevel de pegureiro de espiritos, incrustado no pergaminho dos mais bellos factos desta Faculdade!"

Encerrando a sessão, o dr. Enjolras Vampré produziu um bello discurso, do qual destacamos os seguintes topicos:

"Não posso deixar de agradecer publicamente á egregia Congregação da Faculdade a distincção que me conferiu em 2 de Janeiro de 1932, indicando-me, por unanimidade de votos, com toda a solenidade, como propoz o sabio mestre, o sr. prof. Millward, de tão saudosa memoria, para preencher definitivamente a cadeira vaga até então.

O dia 2 de Janeiro de 1932 marca a maior data de toda minha vida de medico, quando fui julgado pelos collegas de hoje, com a unanimidade que tanto me orgulhou, sensibilisou e elevou.

Mas São Paulo naquella época estava desgovernado por pseudo administradores, que tinham por fito unico contrariar os desejos, as aspirações do povo paulista. E não eram só as direcções politicas e adminis-

trativas, mas até as científicas, que deviam ser rechassadas e eliminadas. O desgoverno nos levou ao glorioso 9 de Julho, em que demos tudo, os nossos filhos, os nossos esforços, o nosso ouro, o nosso sangue pelo bem do Brasil.

Promulgada a Constituição, com a obrigatoriedade do concurso, pensei que seria esse o unico meio cavalheiresco de agradecer, á douda Congregação, o gesto magnanimo que tivera dignificando um de seus servidores de mais de dez annos. E só tive motivos de jubilo intenso para verificar o acerto de minha resolução.

Prestando justa homenagem aos dois professores que me trouxeram pela primeira vez até esta casa, em principios de 1925, escolhi para paranymphos de minha investidura os srs. prof. A. C de Camargo e Pedro Dias da Silva.

Em 1924, a cadeira estava vaga, apesar do concurso, quando fui procurado pelos meus paranymphos actuaes que tiveram no mesmo dia a mesma inspiração. Ao prof. Camargo me prendiam laços de grande amizade, desde Limeira, quando era o amigo de meu pae, que foi o meu primeiro mestre. Depois no Instituto Paulista, em companhia de Baeta Neves, durante tantos annos, trabalhando juntos, nossa amizade se alicerçou em bases solidas e indestructiveis.

O sr. professor Pedro Dias da Silva, que já me distinguia com a sua amizade, era o director da Faculdade, que não desejando interrupções no ensino, vinha ao meu encontro, para occupar a cathedra ao menos transitoriamente. Esta interinidade durou quasi onze annos.

Os meus paranymphos devem ainda se lembrar das difficuldades que oppuz para acceitar a regencia de uma cadeira de tantas responsabilidades como a Psychiatria e a Neu-riatria, que até eram lecionadas juntas.

Rendo a mais sincera e viva homenagem aos meus dois mestres de Neu-riatria e Psychiatria. Os srs. professor Pinto de Carvalho, hoje lente jubilado da Faculdade da Bahia e ao seu saudoso mestre professor

Franco da Rocha. Pinto de Carvalho foi o meu iniciador na Neurologia e Franco da Rocha, na Psychiatria, quando durante 3 annos fui medico no Hospital de Juquery.

Entretanto para a Faculdade minha primeira idéa foi arranjar pouso para me estabelecer. A clinica, como até hoje, não tinha séde e foi assim que me lembrei do sr. professor Almeida Prado, digno v'ce-reitor da Universidade, que conhecia com cerimonia porém com a admiração e que se promptificou a me receber em sua primeira clinica de Medicina de Homens. Almeida Prado foi por assim d'izer o protector, o animador da Neur'atria paulista, que sem elle, não só pelos estudos já celebres sobre os "Syndromos cerebelares mixtos" como tambem pelo decidido apoio que me deu, estaria ainda relegada a um plano secundario na Faculdade. Estabeleceu-se na 1.^a Medicina tão estre'ta symb'ose entre a clinica medica e os estudos, neu-riaticos que preferiria hoje viver ao seu lado, que ter uma enfermaria propria, unicamente consagrada á neu-riatria. Com Almeida Prado muito tenho aprendido, estudando as molestias nervosas em seu inicio, justamente quando são mais accentuadas as probabilidades de cura, antes de se estabelecerem lesões ás vezes irremediaveis.

A associação com Almeida Prado e seus assistentes: Tacito Silveira, Mesquita Sampaio, Samuel Ribeiro, Moacyr Reimão, Alvaro Amaral, Celso Junqueira Meirelles, Cicero Monteiro de Barros, Fleury da Silveira, Corrêa Porto, Mendonça de Barros, Orestes Rossetto, Oscar de Araujo, Bicudo Junior, James Brandi, Pompeu de Toledo, Moraes Camargo, Octavio Rodovalho, Cintra do Prado — nos veio demonstrar a necessidade da cooperação, indispensavel aos progressos da Medicina.

Dizia de Austregesilo, que é o chefe da escola neurologica brasileira, quando festejavamos seu jubileu profissional, depois de realizar ha mais de 25 annos, sem tropeços e sem desfallecimentos, progressos constantes no desenvolvimento scientifico, que nosso grande mestre possuia aquelles requisitos essenciaes de que nos fala o notavel cirurgião americano Harvey Cushing: "é grande

investigador, é capaz de innocular nos outros o espirito da investigação, é um professor experiente, um competente animador dos assistentes, é bom medico clinico; tem altas idéas, é dotado de espirito de cooperação."

Procurando seguir, embora á distancia, a orientação do mestre tentei desenvolver sempre o espirito de cooperação que não se acha ainda bem acimado entre nós.

Facilmente se explica assim porque pedi a cooperação dos srs. professores para o meu curso.

Na enfermaria o sr. professor Bourroul temos sempre um manancial riquissimo de casos. Quando as aulas e demonstrações precisamos de um caso bem elucidativo ou raro ou complicado, logo nos accode a idéa de ir procural-o na 6.^a medicina. O sr. professor Ovidio Pires de Campos o sr. professor Rubião Meira e especialmente o seu assistente, dr. Jairo Ramos, muito têm contribuido com sua cooperação, para a eficiencia do ensino de Neuriatria.

Nas enfermarias de mulheres, tenho contado sempre com o auxilio precioso do sr. dr. Ribeiro de Almeida que até permittiu estabelecer em seu serviço, uma verdadeira succursal neurologica.

No admiravel e bem organizado serviço do dr. Ayres Netto conto com a cooperação vantajosa para a resolução de tantos casos cirurgicos. E não posso me esquecer do auxilio de outro cirurgião emerito, o meu amigo Zepherino Alves do Amaral.

Na enfermaria do professor Aguiar Pupo, digno director da Faculdade temos uma secção de neuriatria, com 10 leitos, confiados ao assistente voluntario sr. dr. Sam Mindlim.

Nossa clinica conta ainda com a decidida cooperação do sr. prof. Moraes Barros, que nos fornece casos e que nos ampara com a sua grande autoridade e saber. E seria uma interminavel citação se tivéssemos que estudar a cooperação valiosa que dão ao nosso serviço, o sr. prof. J. Britto e dr. Pereira Gomes, com a ophtalmologia, o sr. prof. Paula Santos e Schmidt Sarmiento com a oto-rhino-laryngologia.

Não posso deixar de salientar a cooperação extraordinaria que nos

é dada pelo sr. dr. Mario Ottoni de Rezende, em seu ambulatorio, que é por assim dizer parte integrante de nossa clinica. Todos os casos de otologia são entregues á competencia de Mario Ottoni, que baseado em exame objectivo meticuloso e perfeito, nos tem conduzido a diagnosticos precoces, principalmente nos tumores do angulo ponto-cerebelar.

A cooperação com o sr. prof. Raphael de Barros e principalmente com o sr. dr. Cassio Villaga tem sido das mais proveitosas. Cassio Villaga tem feito estudos originaes com a applicação do "Thorotrast" no 3.^o ventriculo, que deram renome á clinica e facilitaram o diagnostico tão complicado das localizações cerebraes.

E ao lado da radiologia o que havemos de dizer de nossa associação á radiotherapia com Livramento Barreto á frente, com Roxo Nobre, com Maistrello, no Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho, que lembra sempre o grande fundador de nossa Faculdade! E a cooperação que nos dá o sr. prof. Pinheiro Cintra pondo á nossa disposição os seus casos no pavilhão "Condessa Penteador", a cooperação do sr. prof. Rezende Puech no Pavilhão Fernandinho, que tanto honra a elevação scientifica de São Paulo!

Nas cadeiras ultimamente prehenchidas e occupadas pelos srs. profs. B. Montenegro e Alipio Correa Netto, espero contar com uma cooperação activa, para que não se quebre aquella continuidade existente desde o prof. Camargo, jubilado em plena mocidade, por disposições legais, e desde os tempos do saudoso prof. Alves de Lima, que tinha decidido pendor pela cirurgia nervosa.

Na cooperação na Santa Casa, o meu eminente amigo o sr. dr. Synesio Rangel Pestana, dedicado director clinico não tem poupado esforços para facilitar tudo á Clinica Neuriatria, não estando longe o dia de possuirmos, nas novas construcções, um ambulatorio novo.

A cooperação não se limitou ao hospital, mas se estendeu á Faculdade, onde devo salientar principalmente dois illustres professores, o nosso sabio e grande mestre o sr. prof. Alfonso Bovero e o sr. prof. Cunha Motta. O sr. prof. Bovero, com o

seu assistente o sr. dr. Locchi, que já é o nosso acatado anatomista paulista, tem cooperado grandemente com a Clinica Neuiriatica no estudo da circulação cerebral, do autonomo, das lesões traumáticas ao nível do asterion, de quasi todos os pontos em que são necessários conhecimentos anatomicos profundos para elucidar a clinica.

O sr. prof. Cunha Motta tem sido o nosso amparo na anatomia-pathologica e com os seus assistentes, temos conseguido demonstrações, que bem denotam a pujança futura de nossos estudos.

E não posso deixar de agradecer ao sr. prof. Cantidio de Moura Campos, actual secretario da Educação, que, quando director da Faculdade, atendeu aos meus repetidos pedidos ás administrações anteriores e criou o lugar de assistente de anatomia-pathologica do systema nervoso, anexo á clinica. Estamos ainda no inicio mas com esforços e com perseverança, que são a base da sabedoria, attingiremos brevemente ao alvo colimado.

E a cooperação do prof. Franklin de Moura Campos e seus assistentes, e a do prof. Carmo Lordy e seus collaboradores. O prof. Lordy que é no Brasil das maiores autoridades em Embriologia e Histologia, tem cooperado para o estudo do desenvolvimento embriologico do systema nervoso, em aulas repetidas, que ficarão para sempre gravadas em nossa memoria, como aquella placa de prata, offerecida pelos medicos do Rio de Janeiro, tal a abundancia das demonstrações objectivas, feitas com preparações proprias, que denunciavam a qualidade do ensino na nossa Faculdade. E as preparações anatomicas do prof. Vasconcellos, quando ainda assistente de Technica Cirurgica! E a cooperação do sr. prof. Ernesto de Souza Campos, estudando experimentalmente e demonstrando em aulas, a raça neurotropica do Trypanosoma Cruzi, as diferentes modalidades da molestia de Chagas, quando affecta o systema nervoso!

E o bom acolhimento que nos deram sempre os professores Samuel Pessoa, Jayme Pereira, Luciano Gualberto, Geraldo de Paula Souza, Flaminio Favero, Sergio Meira, Raul

Briquet, Jayme Cavalcanti e dr. Pacheco e Silva, quando director do Hospital de Juquery!, sem contar a secretaria da Faculdade, na pessoa do dr. D. G. Faria.

A Clinica Neuiriatica é uma dependencia da Clinica medica, e assim se explica que para o seu desenvolvimento sejam indispensaveis tantos conhecimentos anatomicos, physiologicos, biologicos, experimentaes e therapeuticos, de que nos fala insistentemente Guillaín, o grande mestre da Salpêtrière.

Recorrendo á cooperação de quasi todos os professores de nossa Faculdade, tenho sido parcella minima no desenvolvimento da Neuiriatria paulista.

A base do desenvolvimento tem encontrado alicerce forte e firme na cooperação de meus distinctos amigos e assistentes, drs. Tolosa, Longo, Lange, Mindlin, Fernando Bastos, Carlos Gama. São elles que me têm auxiliado mais de perto, com tão boa vontade, energia e dedicação.

A cooperação se fez sentir até nós proprios estudantes do 6.º anno medico. Nunca estudei tanto, nunca aprendi tanto, como nesse convívio com os estudantes da Faculdade. Elles têm despertado meu gosto pelo magisterio, tal a assiduidade, o interesse; a attenção com que seguem o curso."

Homenagem ao Professor Vampre. — No dia 29 de dezembro ultimo, os collegas e admiradores do prof. Enjolras Vampre, lhe offereceram um almoço no Hotel Esplanada, em regosijo pela sua posse na cathedra de Neuiriatria da Faculdade de Medicina de S. Paulo. Falou pelos offerntes, o prof. A. de Almeida Prado. O prof. Vampre agradeceu a homenagem e o discurso do seu illustre collega.

Discurso do prof. Almeida Prado.

"Meu caro Vampre:

"Non bis in idem" — apregôa a locução latina, fundamento do principio de Direito em virtude do qual não se pôde ser punido duas vezes pelo mesmo delicto, e que eu, a medo e cautelosamente, em face das minhas periclitantes mas actuaes responsabilidades de director de uma Faculdade de Letras, e não sem consultar pre-

viamente sizudos dicionarios, traduzo em linguagem fóra de todo o rigor lexicologico e grammatical, pela affirmativa que, para chegar-se a um determinado fim, não convém o emprego repetido dos mesmos meios.

A sentença, comtudo, a despeito de sua enunciação axiomática, encerra meia verdade apenas, porque, se a presumpção de que os argumentos e os recursos que falharam na primeira, provavelmente falharam nas outras vezes, tem procedencia logica indiscutivel a reiteração das mesmas allegações, a obstinação na affirmativa, a idéa fixa, constituiram, e constituirão sempre, o segredo da maior parte dos triumphos.

Napoléon já dizia que só presava o valor de uma figura de rhetorica; a repetição. Na propria Biblia, manancial inexhaustivel de ensinamentos e de meditação eternos, encontramos, no episodio da queda de Jericó, avaliada a importancia e a efficiencia dos actos impertinentemente proclamados. Sete vezes passou Josué as suas trompas em volta das portas da cidade, antes que as suas muralhas se fendessem e ruissem com fragor. Não estará ahí, veladamente symbolisada, ao jeito do estilo, das escripturas, a força e o poder da repetição ou daquillo que hoje chamamos a suggestão".

Que outro merito não tenham pois, as minhas palavras, meu caro Vampre, mais do que o da insistencia e da redundancia no teu louvor.

Ha pouco mais de dez dias, na festa em que commemoramos intimamente a feliz terminação do teu concurso tive occasião de dizer, em publico, todo o bem que pensamos de ti e quanto nos alegrou a tua victoria. Hoje volto ao mesmo thema, reeditando talvez, com pequenas variantes, os mesmos conceitos e elogios. Mas não vá alguém suppor maliciosamente que te tomei por objecto de estudo e commentario permanente e que d'oravante passarei a te explorar, em prosa e verso como um pretexto magnifico para divagações e exhibições espectaculosas. A resalva, nos tempos de hoje, é prudente e oportuna. Individuos ha que, sob o disfarce de uma amizade e admiração insaciaveis, passam a existencia inteira parasitando os seus admira-

dores, á sombra de cujo nome vivem criam filhos e prosperam. A biographia romanceada, de tanta voga actualmente, não é senão uma maneira de arranjar-se a propria vida á custa da dos outros e de fazer da admiração uma rendosa fonte de proventos.

Mas não quero insistir nesta tecla. Aqui todo o devaneio deve desapparecer, para dar lugar somente á voz do mandatario da maioria.

E' para isso que aqui estou, meus amigos.

Não precisarei recapitular o que foi o teu concurso, o que tem sido a tua vida de medico e de professor, e nem relembrar o papel que, como homem vens representando no nosso ambiente social. Tudo isso é sabido e ninguem está aqui para ouvir coisas sedicás. O proprio concurso em nada te enalteceu mais aos nossos olhos. Era tão natural que o venceesses com galhardia, como um passo avante na tua carreira, que a ninguem occorreu a hypothese de um insuccesso.

O difficil era achar quem te julgasse. Não se vae pedir provas de habilitação a quem já as deu todas, não aferidas pela craveira convencional de um certamen, mas no decurso de uma longa e fecunda vida profissional e scientifica. O concurso foi apenas um accidente fortuito e feliz na tua jornada. E não chegou, mesmo, a provocar a mais leve solução de continuidade nas diferentes formas do exercicio de tua actividade. No hospital, como na cathedra, e como na Congregação, ninguem sahio e ninguem entrou. Tudo como dantes.

Quando Carlos Chagas descobriu o "Schizotrypanum Cruzi" e descreveu a molestia a que ligou o seu nome, a "tripanosomíase americana", a Academia Nacional de Medicina, desejando prestar-lhe uma homenagem excepcional, á altura do seu raro merecimento, elegeu-o num gesto em que quebrava a maneira tradicional de preencher os seus claros e que contrariava disposição estatutaria expressa, seu socio honorario sem que se houvesse verificado vaga na comunidade, e dispensando o candidato da apresentação formal do seu nome á investidura academica, como requeria a praxe.

A' semelhança de Carlos Chagas, também entraste para a Congregação da Faculdade de Medicina sem que, na realidade, se tivesse aberto uma vaga no seio daquella corporação. O lugar que occupas hoje é exactamente o mesmo que occupavas hontem. Nem se poderá dizer que coube ao professor Vampré a substituição do dr. Vampré, "tout court", despojado das insignias de cathedratico. Não. Professor já era e continuarias a sel-o do mesmo modo, fosse qual fosse o desfecho do concurso. Não é o titulo que faz o professor, como não são os cargos que qualificam as competencias. Depois de quasi dez annos de pratica effectiva do magisterio: depois de teres educado centenas e centenas de alumnos e de teres formado a mais brilhante cohorte de neurologistas que o meio paulista jamais conheceu; depois de haveres criado uma verdadeira escola, que se foi plasmando e tamanho corpo á medida que o teu ensino se expandia e se consolidava; depois de teres inspirado algumas dezenas de trabalhos a alumnos e assistentes teus, theses, estudos originaes, communicações, conferencias, produção que vem firmando cada vez mais os creditos da cathedra de neurologia na Faculdade paulista, tanto no paiz como no estrangeiro, seria absurdo esperar o resultado do concurso para que te reconhecessem os predcados professores.

O concurso foi uma homenagem á lei, que veiu homologar uma situação de facto.

Mas, se nada mudou, por que então — é licito indagar — o jubilo que nos congrega em torno da tua pessoa, nesta festa de amizade, e qual o motivo da enorme repercussão que as tuas provas suscitaram, já não direi entre medicos e intellectuaes de todos os matizes, mas até na grande massa da população?

Foi a lição que deste, foi a admiração pelo exemplo que implantaste, reafirmando, em competição publica e livre, o teu innegavel direito á cathedra de Neurologia, passando por transeos exhaustivos, e certamente superfluos no teu caso particular, mas que, na generalidade, constituem ainda os menos imperfeitos methodos

de escolha para o provimento de cargos do magisterio.

De outra pessoa não sei que, chegada ao fastigio a que subiste, se submettes e, de boa mente, a tão dura provação.

Tudo quanto a carreira pode dar a um medico — posição, fama, clinica, bens de fortuna — já havias conquistado na tua luminosa peregrinação profissional. Materialmente, a nada mais podias aspirar, e, no entanto, sentiste-te na obrigação moral de disputar o teu lugar, justificando á luz meridiana de um julgamento publico, a confiança que em ti depositara o voto unanime da Congregação, em manifesto em que pediu ao governo a tua effectivação na cathedra, independentemente do concurso.

Foi a rara elevação dessa attitudde, foi a nobreza dessa comprehensão rectilinea do dever, foi isso, meu caro Vampré, que nos maravilhou e fez do teu concurso um facto inedito nos factos de nossa Faculdade, envolvendo-o em uma atmosphera de admiração e de estranha curiosidade.

No Brasil, em geral, o homem só trabalha e luta até attingir um ponto que o faça conhecido e que lhe dê estabilidade social e economica segura. Depois, seduzido pelas miragens da vida publica, deslocado para cargos extranhos á sua competencia, tragado pela voragem da politica ou devorado simplesmente pelos prazeres mundanos, a sua personalidade como que se desdobra, transvia-se-lhe o roteiro, e passa a representar, nessa segunda phase da existencia, um papel completamente diverso do que tinha sido até ahi o seu.

A vida, para ser bella, deve-se desenvolver — disse-o alguem — dentro "de um sonho da mocidade que se realiza na madureza dos annos".

Entre nós, ao contrario, ella costuma ser uma realização da mocidade, estragada pela superveniencia dos annos.

Quando alguem chega a ser aqui o que se convencionou chamar "um expoente", é um caso perdido, salvas as honrosas excepções de sempre e exceptuadas, naturalmente, as pessoas presentes.

E's uma dessas felizes excepções.

Pouca gente concebe como um medico que venceu, ao abrigo de preoccupações materias prementes, continue dentro da sua profissão, sem ambições politicas, sem o appetite desenfreado dos cargos representativos, estudando, produzindo, estimulando, trabalhando, emfim, como um principiante cuja mira immutavel é furar e subir.

Fallece-nos ainda o amor da sciencia pela sciencia, não como um escopo pratico immediato, mas como resposta a um estimulo interior, a uma solicitação organica insopitavel, que faz do trabalho intellectual e da elocubração mental o ideal bastante para encher uma existencia.

O estudo, a pesquisa, o devotamento continuo ás coisas do espirito não devem constituir, nas carreiras scientificas, um meio, mas a sua unica e integral finalidade.

Achard, o eminente cathedratico de Clinica Medica da Faculdade de Paris e um dos poucos superstites da antiga geração de grandes figuras medicas da França, quando por aqui passou, já velho, assombrou a todos pelo entusiasmo, pelo fervor que ainda dedicava ao ensino e á produção scientifica. Quasi ás portas dos oitenta annos, só pensava em voltar logo para instalar a sua clinica, mudada de pouco do Hospital Beaupon para o Santo Antonio, onde iria occupar a vaga deixada por Vidal. E assim Gley, o grande physiologista, madrugava no laboratorio do professor Osorio de Almeida, no Rio, afim de proseguir experiencias e estudos em andamento na occasião.

Oriundos de um povo de civilização multi-secular, saturados de uma cultura classica requintada, para essas organizações privilegiadas, o habito do estudo e da pesquisa já se integra nelles automaticamente, passando a constituir uma segunda natureza.

O dynamismo de tua acção, o teu ardor sempre juvenil, o interesse absorvente que tens pela medicina mostram que a tua enfiatura mental é do mesmo estofo da daquelles grandes nomes. O teu entusiasmo, que mais de um quarto de seculo de pratica do officio ainda não conseguiu arrefecer, é o do medico novo, em

folha, tresandando ainda o verniz dos bancos academicos. E' que tiveste a felicidade rara de acertar a tua vocação real. Nasceste medico. Inteligencias brilhantes, culturas esmeradas, falham ás vezes na vida pratica, porque não se adaptaram convenientemente á profissão escolhida, enquanto outros de menores recursos intellectuaes vencem, porque encontraram a verdadeira trilha.

O caso de Torres Homem é typico, nesse particular. Do ponto de vista de talento e de cultura geral eram escassas as suas possibilidades. Se, sob este prisma, o comparamos aos nossos grandes clinicos, — Francisco de Castro, Almeida Magalhães, Miguel Pereira, Miguel Couto — o cotejo lhe será inteiramente desvantajoso. Mas, no terreno estritamente medico, da observação propria e da contribuição pessoal á nossa pathologia, nenhum delles o sobre-excedeu, nem mesmo o igualou, talvez. Os outros todos, tirante Almeida Magalhães, cujo espirito denunciava tambem uma predestinação visceral para a medicina, eram homens de talento, que foram grandes medicos, como poderiam ter sido grandes jurisconsultos, grandes pensadores, escriptores ou publicistas. Torres Homem, não. Se o tirassem da sua medicina, cahiria logo na mediocridade; mas, medico, nenhum o foi maior.

Quando elle trata da pneumonia, é da pneumonia nossa, do Rio de Janeiro, estudada em doentes e doentes que elle faz desfilar ante o leitor, numa descripção, imperfeita como forma, mas que tem o colorido das coisas vividas; quando trata do abcesso do figado, fal-o através de suas observações pessoas e compõe um quadro semiotico que foi visto muitas vezes no doente antes de vir a se fixar no livro; quando trata da insufficiencia aortica, é ainda dos seus casos pessoas que elle se vale, para descrever-lhe a physionomia clinica corrente. Não faz pregação theorica, não divaga e quasi não cita.

Existe, para o apprendizado e para a pratica das profissões liberaes, como de resto das outras, uma aptidão generica e uma aptidão especifica, vocacional, que os methodos psychologicos modernos já medem e qualificam.

Não só no raciocínio clínico, mas na mesma produção escripta, na literatura medica, atravancada actualmente por uma avalanche invencível de publicações de toda especie, sente-se a differença entre o autor que escreve porque tem qualquer coisa que dizer e o compilador que faz da erudição e da capacidade expositiva o seu cavallo de batalha.

Entre a obra scientifica ou a de feitiço clinico dominante e a puramente livresca, cerebrina, de cunho accentuadamente pathologico e doutrinario, ha um sulco nitido de separação.

Porisso ainda não pude comprehender bem porque os livros de Ramond, cujo exito surprehendente, e justo até certo ponto, se prolonga á medida que as prateleiras se enchem dos seus inesgotaveis e successivos volumes, possam ser tidos, como o são habitualmente, na conta de modelos de lições de clinica. Muito bem escriptas, refartas de noções modernas de pathologia, eruditas, excellentes para o medico clinico, que através de suas paginas tem á mão uma summula clara e perfeita do assumpto procurado, tudo isso lhes pode ser concedido, sem favor. Mas, lições de clinica absolutamente não são. Faltam-lhe o senso interpretativo da doença no doente, e a applicação restrictiva da doutrina e da symptomatologia global no caso concreto.

A lição de clinica deve-se desenrolar inteiramente á volta do caso em estudo, cujos symptomas, diagnostico, evolução, prognostico e tratamento procura estabelecer, orientada exclusivamente pelos dados fornecidos pelo proprio doente. Claro é que a pathologia será chamada a interferir, sempre que assim o exigirem a documentação e a illustração do assumpto.

Tire-se das lições de Ramond a observação, encaixada artificialmente como pretexto para a dissertação pathologica, que a substancia permanecerá a mesma. O doente apparece ahi como um enfeite apenas, como uma maneira agradável de abordar o thema proposto.

As celebres lições de D'eulafoy, de quem Ramond foi interno e dis-

cipulo, incorrem em identico reparo. Magistraes, de uma eloquencia e labor literario perfeitos, são paradigmas da arte difficilissima de escrever, que revelam antes o escriptor do que o clinico. Seguem um plano uniforme; primeiro, a observação; em seguida, a busca bibliographica á cata de casos semelhantes, afim de que, do confronto, se extraiam as consequencias pathologicas que irão servir de pabulo á especulação e á explanação da materia, terminando, incisivamente, por uma série de conclusões geraes. O doente, porém, afóra o momento fugaz da apresentação, cumpri-da a sua missão inicial, desaparece da scena.

Verdadeiras lições de clinica, fruto de um espirito de observação e de synthese admiraveis, que obrigam a raciocinar, a pensar e a conduzir o diagnostico, norteados unicamente pelo exame e pelos elementos de informação colhidos directamente do doente, escreveram os velhos classicos. Traousseau, Jaccoud e, sobretudo, Rendu, sem falar em Cardarelli, entre os modernos, são os mestres de todos os tempos.

A tua obra neurologica, representada por uma serie extensa de valiosos trabalhos, todos feitos á cabeceira do doente e á luz da verdade clinica mais pura, bem evidencia que, em ti, o cientista foi feito ao lado do pesquisador e o medico ao lado do pratico militante.

Nessas vocações nativas, a medicina de tal maneira se infiltra nelles, o exercicio da profissão de tal modo os consome e absorve, que não podem ser outra coisa na vida senão medicos.

Daudet, que, na sua qualidade de enfermo chronico e illustre, privou com todas as summidades clinicas do seu tempo, ficando-lhe dahi um certo pendor para os assumptos medicos, põe ao vivo, em "Numa Roumestan", em um lance de emocionante belleza, o pungir dessa tragedia, a luta entre o medico asphyxiado pela implacabilidade da profissão e o homem que quer resurgir dos seus escombros.

Em uma estação de aguas, o heroe do livro, o politico e ministro Roumestan, avista-se com Bouchereau, medico celebre, já no fim de uma carreira gloriosa. E' tocante o en-

contro entre os dois. Impressionado pelo estado de decadencia physica do medico, indaga o ministro da sua saude. "Estou muito doente" — responde-lhe este. "Um mal hereditario... Uma hyperthophia do coração. Minha mãe morreu disso, e minhas irmãs também... apenas eu durarei menos do que ellas, por causa da minha horrenda profissão: tenho um a dois annos, no maximo". E, como o politico o olhasse, com surpresa, continuou, monologando: — "Nós outros, medicos, porque temos o ar assim, pensam que nada sentimos, que não tratamos no doente senão a doença, e nunca o sêr humano e soffredor. Grande erro!... Vi meu mestre Dupuytren, que passava por ter um coração de pedra, chorar quentes lagrimas diante de um pobre pequeno diptherico, que dizia docemente ser aborrecido ter de morrer. E' bom a gente fazer-se de forte, mas esses desesperos alanceiam o coração: e então, quando já se tem o coração lesado! Quarenta annos de pratica, e a tornar-se cada dia mais vibrante, mais sensivel! Foram os meus doentes que me mataram. Morro de soffrimento dos outros".

E a outra interpellação, sobre se ainda clinicava: — "Oh! não! nunca mais, para ninguém. Poderei ver um homem cahir diante de mim, que nem sequer me abaixarei. E' revoltante, ao final, haveis de comprehender, esse mal que nutri de todos os males. Eu também quero viver. Não ha como a vida! Não clinico mais, mas fiquei sempre medico, conservo esse dom fatal do diagnostico, essa horriavel segunda vista do symptoma latente, do soffrimento que se quer calar e que, no passante apenas entrevisto, no sêr que anda, fala e se agita com vivacidade, me mostra o moribundo de amanha, o cadaver inerte. E isso tão claramente como presentirei a syncope que me levará, o ultimo estreamecimento do qual nada me fará voltar."

São os espinhos do nosso officio, meu caro Vampré, cujo aguilhão certo já tens largamente experimentado na tua intensa e proficua vida de medico. Mas, em compensação, quanta alegria terás fruido, que paz de

consciencia pela satisfação do trabalho feito e do dever cumprido!

A meio do teu caminho, galgada a encosta da victoria e da notoriedade, poderás volver os olhos para a larga sementeira que vêm a mãos cheias, espalhando a tua proficiencia e o teu bem-fazer, nesses longos annos passados. Este Natal desceu sobre o teu casal como uma grande dadiua dos ceus. Nestes ultimos dias, então, de tão profundas emoções para ti, a casa cheia, a enfermaria rumorejante de jubilo, a Faculdade engalanada e orgulhosa pela tua acquisição, a solidiedade affectiva dos teus amigos, collegas e admiradores, em cujo nome ergo agora a minha taça em tua intenção e na de tua familia, num brinde em que procuro traduzir toda a nossa admiração, sympathia e apreço pela tua poderosa individualidade, como terás sentido a caricia do ambiente e a alegria de viver, "bendizando a razão que amureceste!"

O agradecimento do prof. Vampré:
"Meus amigos!

Como poderei agradecer as palavras bondosas de Almeida Prado?

Já não sei mais agradecer, tão intensas são as emoções em que tenho vivido, desde o momento em que o meu professorado teve a sagração publica da douda congregação da Faculdade de Medicina.

A immensa generosidade dos meus amigos é um conforto para o homem que dedica a sua vida ao magisterio, entremeiada das vicissitudes e das alegrias que a clinica, em sua variedade, nos reserva.

Bem certo é o adagio que affirma ser cego o coração e ter razões que o raciocinio desconhece. Por ter cumprido o meu dever, fazendo o concurso de Neuriatria, recebo a recompensa do meu labor no premio desta generosa reunião. Occupando a cathedra ha quasi onze annos, indicado para reger-a definitivamente pela unanimidade da Congregação, contrariada em seu desejo em 32, quando S. Paulo era "terra conquistada", não podia me esquivar á obrigação de fazer as provas publicas de um concurso, versando as disciplinas que ensinava.

Bem longe estava de suppôr que o meu gesto de coherencia, seria in-

terpretado com tanta elevação e generosidade. Austregesilo, o grande mestre, julgou-o um acto de civismo. Almeida Prado considerou-o uma lição aos moços; Bourroul, — um grande exemplo.

Pura ficção, que só esconde o devaneio do coração dos amigos que me convenceram, usando de medicação persuasiva, psychoterapica, de que os concursos não são perigos... Agora que os escolhos ficaram para trás cabe-me agradecer a intrepidez que os seus conselhos me deram. No meu caminho topei com o dilemma da legenda: decifra-me ou devoro-te. Se o meu concurso fosse bom, não deveria causar admiração, pois já leccionava ha tantos annos. Se fosse mau, cresceria a admiração pela minha incapacidade na regencia da cadeira. Salvou-me a laboriosa tenacidade dos meus collaboradores, que

assentaram os delineamentos da Neurologia paulista.

Este mez de dezembro reservou-me um mundo fantastico de sonhos, na idade madura, em que não são perigosos. Abstenho-me de interpretal-os, afim de que eviteis a psychoanalyse deste complexo de inferioridade em que me encontro para agradecer tamanha generosidade.

Comprehendo e interpreto o vosso gesto, como um incentivo e um amparo. Um incentivo, para não desanimarmos diante dos problemas infinitos e obscuros, que a doença e a morte offercem á interrogação da sciencia. Um amparo, para os que cumprem o seu modesto dever, trabalhando com tenacidade diuturna, sem outro premio e outra aspiração que não seja a de servir, com intelligencia, a nossa terra.

Muito obrigado".

Syndicato dos Medicos de S. Paulo

Relatorio da sua actividade.

— Discurso pronunciado pelo Dr. Fabio Belfort, secretario-geral do Sindicato dos Medicos de S. Paulo na Assembléa Geral Ordinaria, realisada no dia 12 de Novembro de 1935:

"Presados collegas.

Aproveitando a oportunidade pouco frequente de encontrar reunidos tão numerosos companheiros da profissão e seguindo a praxe pela qual cabe ao secretario-geral das nossas associações apresentar, nas Assembléas Geraes, o relatorio das actividades sociaes, peço-vos licença para traçar um ligeiro esboço panoramico do syndicalismo medico em S. Paulo, no passado, no presente e no futuro.

Prodromos do movimento medico-syndical em S. Paulo.

— Ha alguns annos vem sendo feitas tentativas no sentido de organizar a classe medica. Varios collegas se batiam pelo congregamento dos medicos em torno de associações de defesa. O prof. Oscar Freire, em 1921, em memoravel lição inaugural do curso de Deontologia Medica, na nossa

Faculdade de Medicina, abria um capitulo sobre a necessidade da associação com as seguintes palavras:

"A verdade é que o homem moderno tende a ser, cada vez mais um ente colectivo".

Mais adeante:

"Ninguém se furta a acção social do grupo a que pertence. E' baldado o sacrificio de isolar-nos, tão fundo se infiltram em nós as características da mentalidade profissional.

E ainda:

"Vivemos uma época em que as classes desprotegidas ou não, se organizam e se arrematam para reivindicar ou defender os seus direitos. E como ficaremos nós entre ellas, senão opprimidos, senão despojados de nossas garantias, de nossos direitos, se não antepuzermos, á força que nos pretende esmagar, a pujança da energia colectiva? Não ha fugir ao dilema: ou cuidamos seriamente dos interesses moraes e materiaes da nossa classe, para o que o "associacionismo" é o unico recurso; ou teremos de presenciar a sua desagregação e o seu desprestigio completo, vendo-a opprimida e desprezada."

Desapparecido Oscar Freire do rol dos vivos, ficou-lhe com a herança magistral e intellectual, o Prof. Flaminio Favero. E, em Dezembro de 1928 eil-o agitando a questão na Sociedade de Medicina e Cirurgia e conseguindo a fundação, em 28 de Fevereiro de 1929, do Syndicato Medico de S. Paulo. E' justo recordar a atividade de Rubens Guimarães Rocha, um idealista cedo desapparecido das lutas pela melhoria da classe, que desempenhou importante papel nessa primeira tentativa.

O Syndicato Medico agitou alguns problemas, mas, provavelmente, devido ao erro de não ter adotado uma orientação pratica, foi cahindo, lentamente, em modorra e esquecimento.

A Associação Paulista de Medicina, fundada em 1930, trouxe alguma esperança, com a criação de uma Comissão de União e Defesa da Classe. A razão da escassa atividade dessa Comissão parece residir na timidez com que se abordam, ainda, no nosso meio, os problemas economicos da profissão, devido a esse tradicional e erroneo orgulho que faz com que se pretenda encobrir, como cousa pudenda, a pessima situação financeira de grande parte dos facultativos.

Tudo continuou na mesma e, em fins de 1933, ao se fundar o Centro Medico do Braz, o Prof. Rubião Meira clamava:

"...a maior, quicá a unica therapeutica capaz de fazer desapparecer os males da profissão dos medicos, reside na propagação dos meios capazes de uni-los, de apertal-os, de congregal-os em um só ideal, de formar um batalhão unico, entrelacadamente forte".

Embora revestisse um aspecto não-syndical, é digna de registro a tentativa feita em Janeiro de 1934 para a implantação da Ordem dos Medicos, da qual era esforçado paladino o collega Alberto Nupieri, hoje nosso syndicalizado. Os moldes anti-liberaes dessa organização e suas directrizes draconianas não se coadunavam com o espirito da medicina entre nós, tendo despertado antipathias na classe, já de si opprimida por factores innumerados. Fracassou na Assembléa de 16 de Janeiro de

1934 mais esse esforço de arregimentação dos medicos.

Historico do Syndicato dos Medicos de S. Paulo. — Em meados de 1934 tornou-se a produzir forte movimento no sentido de organizar os elementos dispersos, resultando a fundação do novo Syndicato dos Medicos de S. Paulo, em 8 de Outubro do mesmo anno. Essa data marca uma nova etapa no syndicalismo medico paulistano.

Acclamada uma directoria provisoria, esta ellaborou os Estatutos que se revelaram até hoje, perfeitamente adequados.

Como todo o organismo novo, o Syndicato dos Medicos de S. Paulo teve que lutar, no inicio, com uma serie de difficuldades. Era natural. O Prof. Charlier, encarregado do curso de Direito Constitucional da Faculdade de Tolosa, discorrendo com maestria sobre o papel politico dos syndicatos, aborda o thema "tendencia e reacção", escrevendo as seguintes palavras:

"A importancia de uma tendencia e a ousadia das innovações que ella procura realisar se medem pelo vigor das reacções que suscita no meio social que ella visa revirar. Ora para se defender o meio opõe somente sua força de inercia. Ora, se a idéa nova se revela ameaçadora, elle procura esmagal-a brutalmente. Ora, enfim, sentindo-se incapaz de a jugular de uma vez, elle procura despojal-a da sua originalidade e da sua nocividade, para a incorporar e a assimilar. Ao mesmo tempo a vitalidade da tendencia se mede pela energia que ella desenvolve em perseverar no seu proprio ser, em resistir á absorpção, em se impor em lugar de se adaptar. E' nesse conflicto que ella revela sua verdadeira natureza".

Dir-se-ia que essas palavras foram escriptas para o nosso Syndicato. Elle não podia escapar a essas regras geraes ás tendencias. Logo no seu inicio, o antigo Syndicato Medico procurou se reorganizar e resurgir, o que viria, logicamente, enfraquecer o novo Syndicato dos Medicos. Essa tentativa fracassou.

Pouco depois, o nosso Syndicato, tendo assumido attitude de protesto contra a prisão de um collega em Bauru, contra o assassinato de outro

collega em Porto Alegre, e contra a chamada Lei de Segurança Nacional, viu contra elle se voltarem odios e perseguições policiaes, aggravados com o seu pronunciamento a proposito de irregularidades havidas na nomeação de medicos para o quadro da nossa Força Publica.

Orgão de luta, o Syndicato dos Medicos, apenas fundado, recebia o baptismo de fogo. Evidentemente tratava-se de apontal-o á classe como um orgão arruaceiro e perigoso á ordem publica. E é forçoso reconhecer que, durante algum tempo, a manobra surtiu o desejado effeito. Ninguém ignora o esforço beneditino o verdadeiro apostolado desenvolvido pelos primeiros sindicalizados para demonstrar que o Syndicato dos Medicos de S. Paulo tem algo mais a fazer, que machinar anodinas conspiratas. E' bom notar, aliás, que nem um só momento deixou de receber adhesões de collegas da Capital e do Interior.

Se a retumbante entrada da nova organização na arena syndical não lhe trouxe, desde logo, a adhesão dos mais tímidos, por outro lado constituiu o mais concreto manifesto que poderia lançar á classe.

O Syndicato procurou logo se articular com a Ala Reivindicadora do Syndicato Medico Brasileiro, cuja actuação, energica e justa se harmonisava, em suas linhas geraes, com as aspirações do nosso meio.

Tambem entrou em entendimento com outros syndicatos profissionaes para a organização de uma frente unica de cooperação, o que lhe valeu logo o pedido, por parte do Syndicato dos Bancarios, da indicação de medicos para o seu Instituto de Aposentadorias e Pensões. O mesmo pedido foi feito pelo Syndicato dos Commercialios, não tendo o assumpto caminhado até hoje, pois ainda não se tratou da organização dos serviços medicos do Instituto de Aposentadorias e Pensões daquelles trabalhadores.

No dia 1.º de Janeiro de 1935 apparecia o primeiro numero de "Acção Syndical", orgão official de nossa agremiação, cujo n.º 11 já se acha no prelo. Elemento noticioso e de propaganda indispensavel no nosso ambiente, ainda pouco afeito aos assum-

tos syndicaes, o jornal do Syndicato, apesar de suas imperfeições, é uma efficiente realisação, diffundindo entre nós o interesse por questões que se acham na ordem do dia em todos os paizes civilizados.

As primeiras reuniões do Syndicato dos Medicos se fizeram na sede do Syndicato dos Bancarios, que sempre se revelou grande amigo da nossa sociedade.

Num esforço notavel, conseguiu-se, logo, a installação de uma sede propria, modesta, porém, plenamente satisfatoria, se considerarmos que o Syndicato dos Medicos de S. Paulo é mantido apenas com as mensalidade dos seus socios, não recebendo subvenções generosas nem importantes auxilios financeiros.

A 23 de Fevereiro a directoria provisoria dava por finda a sua missão, entregando o Syndicato nas mãos de um comité, o qual procedeu ás eleições da nova directoria que, por sua vez, foi empossada em Março.

O primeiro cuidado da nova Comissão Executiva foi o de ampliar o quadro social, tendo sido aventada e debatida a idéa da diminuição das mensalidades, o que não foi possivel até hoje, mas que será, em breve, uma realidade. De qualquer maneira, o Syndicato conta, hoje, com perto de 250 adhesões.

Tratou-se tambem, da organização do Conselho Deliberativo, pela constituição das comissões syndicaes, escopo que ainda não foi plenamente atingido, dadas as condições dispersivas do trabalho medico e levando em conta que alguns membros do Conselho perderam o mandato.

Além disso tornou-se necessario modificar a Comissão Executiva, por isso que alguns de seus componentes solicitaram demissão.

A elaboração de um Regimento Interno veio imprimir relativa ordem aos trabalhos do Syndicato.

Uma vez organizado internamente, tratou-se de encerrar varios assumptos externos da maior importancia.

Designou-se um representante, o collega carioca Flavio Poppe, para tomar parte na elaboração de um projecto de regulamentação, da profissão medica no Brasil. Protestou-se contra a attitudo de um deputado

federal que deu parecer contrario ao projecto do Syndicato Medico Brasileiro, no qual se concretisavam numerosas aspirações dos profissionais da Medicina. Dirigiu-se um memorial ao Prefeito Municipal, solicitando a abolição dos impostos municipais que sobrecarregam a profissão, sendo solicitado o apoio das sociedades medicas de S. Paulo, no que o Syndicato foi correspondido pela Associação Paulista de Medicina, pela Sociedade de Ophthalmologia e pelo Centro Medico do Braz.

Nas suas relações externas, procurou, ainda, o Syndicato dos Medicos incrementar o movimento syndicalista no Interior, tendo entrado em entendimento com as cidades de Atibaia, Rio Preto e Marilia. Na mesma ordem de idéas auxiliou a campanha estudantil dos 50%, cedendo aos estudantes a sua sala de sessões, o que tambem fez á operosa classe pharmaceutica, que ora se agita com o fim de coordenar suas reivindicações, o que, aliás, tem feito em harmonia com a profissão medica.

De todas as iniciativas do Syndicato dos Medicos de S. Paulo, merece especial destaque a elaboração do plano de reivindicações immediatas. Com effeito, durante algum tempo, nas nossas reuniões, levantavam-se problemas, avertavam-se soluções, exigiam-se medidas, traçavam-se programmas. Para fugir a essa desorientação, resolveu-se codificar as aspirações mais urgentes da profissão, o que permitirá uma acção methodica e productiva. Designada uma comissão, foi redigido um ante-projecto o qual, longamente debatido e remodelado pelo Conselho Deliberativo, foi apresentado á classe medica, em assembléa ampla.

Todos sabem o que foi essa reunião no dia 24 de Setembro de 1935. Annunciada por uma intensa propaganda por meio de cartazes, boletins, pela imprensa e pelo radio, os resultados excederam á expectativa. A sala de sessões da Associação Paulista de Medicina, gentilmente cedida por essa prestigiosa sociedade, foi pequena para a multidão de collegas que tomou parte na discussão do plano de reivindicações. E' notavel que a maior parte dos collegas pre-

sentes a essa assembléa não era syndicalizada, por isso que a maioria dos syndicalizados, tendo debatido a fundo o plano, dentro do Syndicato, deixou de comparecer á assembléa ampla. A finalidade dessa importante reunião foi plenamente alcançada, tendo o plano de redivinações sido aceito na integra, soffrendo apenas alguns reparos de menor importancia, o que prova que o Syndicato traduziu bem as aspirações da medicina paulista.

Ainda não nos tinhamos congratulado bastante pelo exito obtido, quando surge, em consequencia da campanha de propaganda, o caso Nestor Granja que já foi exposto com todas as minucias no ultimo numero de "Ação Syndical". Demittido do corpo clinico de um estabelecimento hospitalar onde mourejára durante annos, soffreu esse collega a punição pelo crime de dizer, alto e bom som, o que, no intimo, todos pensam sobre a exploração do medico.

O Syndicato dos Medicos de S. Paulo não poupou esforços, tendo lançado mão de todos os recursos disponiveis para obter a reconsideração do acto iniquo praticado contra o nosso consocio, nada tendo obtido a não ser a confirmação de que o medico não tem a menor garantia, achando-se em situação inferior á de numerosos outros trabalhadores, os quaes leis especiaes protegem e fortes organizações profissionais amparam.

Recentemente o nosso Syndicato teve o prazer de ouvir uma palestra do collega hespanhol Pla y Armengol, veterano do já famoso Syndicato dos Medicos da Catalunha, o qual nos trouxe sua experiencia e seus conselhos entusiastas.

Mais recentemente teve o nosso gremio que exprimir sua repulsa á prisão arbitraria do collega Dionelio Machado pela politica do Rio Grande do Sul, no que, aliás, secundou os protestos de numerosas outras sociedades medicas do Paiz.

O papel do Syndicato dos Medicos de S. Paulo. — Eis, resumidamente expostas, as principaes atividades do Syndicato em um anno de existencia. O que foi realisado até agora é apenas um começo. Evidentemente os medicos se agitam e vão

compreendendo que "o syndicato é um dos órgãos mais importantes da vida social de hoje", como diz Brethe de La Gressaye, professor de Direito Civil da Faculdade de Tolosa, em brilhante conferencia sobre liberdade syndical. Nem é mais possível pensar de maneira differente da de Gastão Duchesne, no seu interessante livrinho "Deontologia Applicada".

"Nesta hora não ha mais lugar para o isolado. Mais e mais as coletividades superam o individuo. Os medicos devem se agrupar para serem fortes e resistir aos assaltos que serão dados á sua independencia, ao seu orçamento".

Não se pode dizer que o Syndicato tenha feito pouca cousa. Aliás, o essencial é principiari. A semente está lançada. O Syndicato se acha vasado dentro dos moldes mais democraticos possíveis. Não possui generaes nem toda essa divertida hierarquia, tão encontradiça, creada pela vaidade de uns e supportada pelo sentimento de inferioridade de outros. Não é um agrupamento para mutuos elogios, nelle reinando a maior independencia de idéas. Aqui se formam as opiniões pela persuasão e não por meio de pressão de qualquer especie. E as votações estão longe de refletir constante unanimidade e, muito menos, passiva unanimidade.

A criação desse ambiente renovar não foi a unica realisação do Syndicato. Muito pelo contrario, poz mãos á obra e debateu questões as quaes o simples acto de tocá-las parecia grande temeridade. Atacando, simultaneamente, em tão curto periodo de existencia, muitos sectores nos quaes a rotina abria, havia muito, fortes trincheiras, não respeitou qualquer tabu.

E' possível que, na pressa de combater em muitos pontos ao mesmo tempo, tenha prejudicado a perfeição de suas realisações. Mas isso facilmente se desculpa pela pouca idade de nossa agremiação, anelante de lutas, como todo o organismo jovem. Sempre será tempo de corrigir algum erro. O que se não desculpa é a persistencia em erro comprovado.

A maneira de agir do Syndicato tem sido a de todos os pioneiros,

isto é, abrir caminho para os que vierem mais tarde. Vencer as difficuldades maiores, para que outros encontrem o terreno preparado. Como o engenheiro que abre na matta as primeiras picadas de exploração para determinar o traçado da futura via ferrea que invadirá o sertão, assim tambem o Syndicato dos Medicos de S. Paulo explora o terreno e effectua os reconhecimentos indispensaveis a construcções futuras.

Essa tarefa de vanguardeiro é a mais ardua, a mais incomoda. O despeito; a rotina; o servilismo; a famosa "invidia medicorum"; o temor das attitudes; um vago presentimento de perseguições encarniçadas e de humidas "geladeiras"; um antiquado sentimento de orgulho, pelo qual se pretende que o medico não seja um trabalhador tão necessitado como qualquer outro; tudo isso tem contribuido para arrefecer o enthusiasmo de muitos.

Avante!

Mas que nos importa tudo isso? O campo está sendo lavrado, revolvido, revirado, semeado. Outros virão colher a safra abundante, saborear os frutos opimos. Quando se escrever, porém, a historia do movimento medico-syndicalista no Brasil, não será possível esquecer que o Syndicato dos Medicos de S. Paulo foi um dos seus mais energicos propugnadores.

Mas quem sabe se algum se lembrará disso? E que importa?

Macaulay, na sua balada sobre a batalha do lago Regilo, na qual os Romanos venceram a colligação das cidades de Lacio, deixou-nos traçado o cenario bucolico das margens do lago, algumas centenas de annos depois.

"Hoje, no lugar da carnificina, ha choupanas e curraes e filas de videiras e campos de trigo e verdes pomares de macieiras. O pescador põe a isca no anzol, o caçador faz unir o seu arco. Nem lhes passa pela cabeça a memoria dos vigorosos membros que jazem profundamente na terra. Pouco pensam como energicamente as trombetas soavam naquelle dia. Nem como no escorregadio pantano de sangue cambaleavam ginetes e guerreiros. Nem como os lobos vinham em galope furioso e os corvos

em vôo apressado para dilacerarem as carnes dos capitães e beliscar os olhos dos reis. Nem como o lago Regilo fervia com espuma escarlate no tempo em que as trinta cidades viam-se bater contra Roma."

Que nos não preocupe, portanto, o reconhecimento dos posterios. Que nos fique a satisfação e o bom humor de quem iniciou alguma coisa. Porventura Aulo Gelio, o homem das 70 batalhas, quando vencida ás margens do lado sombrio, imaginava que, vinte e cinco seculos depois, seria citado em assembléa do Syndicato dos Medicos de S. Paulo?

Desculpae-me essa digressão pelo campo da Historia heroica. O homem só pôde realizar grandes cousas se for capaz de aspirar grandes cousas. E por certo concordareis que o Syndicato tem grandes cousas a realizar. Além do vasto programa expresso no plano de reivindicações, é necessario pensar na assistencia aos collegas desfavorecidos da fortuna; do magno problema da ellaboração de novos codigos de deontologia, de accordo com as modernas concepções da moral medica, na criação de caixas de emprestimo aos socios, na atuação direta nas questões de medicina social, pelo menos como órgão tecnico consultivo do Estado, nas campanhas sanitarias, etc..

Enquanto trabalhamos para a consecução desses ideaes, esperemos que a mentalidade de alguns collegas mude o sufficiente para comprehender que é do seu proprio interesse ingressar no Syndicato, onde, aliás, reina a maior liberdade e o maximo respeito pelas idéas de cada um, elementos basicos em qualquer organização que pretenda ter durabilidade.

O Prof. Cesar-Bru, decano da Faculdade de Direito de Tolosa que,

tendo defendido these de doutoramento sobre assumptos syndicaes, vem acompanhando, ha mais de meio seculo, o movimento syndicalista, ao prefaciá-lo o volume que enfeixa a bella serie de conferencias a que já alludimos, assim se exprime:

"Ninguém tem mais medo do syndicalismo... em breve todo o mundo que trabalha com as mãos ou com o cerebro, como dirigido ou como dirigente, será syndicalizado. Os syndicalizados, antigos, e novos, os do passado, os de hoje, e de amanhã, viram, veem e verão no syndicato o órgão protetor de seus interesses materiaes e moraes, não somente o protetor, mas o iniciador, conduzindo á obtenção de satisfações mais numerosas, mais completas, mais nobres, também."

Entre os pensamentos de Nietzsche, encontramos este trecho:

"Ha alguns atiradores singulares que, ainda que tenham errado o alvo, deixam, entretanto o tiro com o sentimento de secreto orgulho de ter, em todo o caso, enviado sua bala muito longe (além do alvo, é verdade) ou de ter attingido, senão o alvo, pelo menos outra coisa. Acontece o mesmo com alguns pensadores".

Como esses homens de Nietzsche, lancemos nossa offensiva contra o indifferentismo, o desanimo, o conservadorismo "á outrance". O essencial é agirmos, mantendo o nosso Syndicato em continuo movimento. Os resultados virão depois. Talvez não sejam os ideaes que nós agora almejamos, mas, de qualquer maneira, serão resultados positivos.

Sobretudo sejamos tolerantes e optimistas. Encaremos o futuro do Syndicato dos Medicos de S. Paulo com sadia confiança, esperando vel-o, dentro de alguns annos, prospero e victorioso, tendo por divisa uma simples palavra — Ação.

Santa Casa de Misericordia de S. Paulo

Posse do novo chefe de clinica da 3.^a Enfermaria de Cirurgia de Homens. — No dia 15 de dezembro p.p., o dr. Synesio Pestana, director clinico da Santa Casa, na pre-

sença do irmão mordomo do Hospital Central, dr. Augusto Meirelles Reis, do director da Faculdade de Medicina, dr. J. de Aguiar Pupo, medicos do hospital e estudantes, deu

posse ao professor dr. Alipio Correa Netto, da chefia da 3.^a clinica cirurgica de homens, proferindo as seguintes palavras :

Sr. professor dr. Alipio Corrêa Netto.

O governo do Estado, homologando a indicação da Congregação da Faculdade de Medicina de S. Paulo, resolveu nomear-vos professor cattedratico de Clinica Cirurgica, na vaga do professor dr. Antonio Candido de Camargo, jubulado por ter attingido a idade limite marcada pela Constituição federal para o exercicio de cargos publicos.

A indicação do vosso nome resultou das provas exhibidas em concurso publico, no qual conquistastes, pelo voto da maioria daquella congregação. o primeiro logar entre os que a elle concorreram. Para o exercicio das funcções do vosso novo cargo cabevos a direcção de uma das enfermarias da secção cirurgica masculina deste Hospital, cedida á Faculdade de Medicina por contrato entre o governo do Estado e a Irmandade da Santa Casa de Misericordia e essa enfermaria que é a terceira daquella secção, é justamente aquella que funcionou sob a chefia do professor Camargo durante longos annos.

Não sois um desconhecido nem um estranho nesta Casa, porque, se por um lado a vossa situação como professor da Faculdade é a de hospede da Santa Casa, por outro lado sois bem dos nossos, porque como adjunto cirurgião do Sanatorio "Vicentina Aranha", a principio, e depois como cirurgião do Hospital S. Luiz Gonzaga, pertenceis ao corpo clinico da Santa Casa. Aqui fizestes o vosso apprendizado medico desde o vosso curso academico e mais tarde, já diplomado, adextrastes a vossa mão, aperfeicoastes os vossos conhecimentos cirurgicos sob as vistas do vosso mestre e guia, o saudoso cirurgião paulista João Alves de Lima, que aqui prestou dedicadamente, por mais de trinta annos, valiosos serviços que lhe valeram o titulo de irmão protector, a mais alta recompensa permitida pelo Compromisso da Irmandade, para galardoar os seus grandes collaboradores e que é ao mesmo tempo o symbolo da nossa gratidão pelos trabalhos prestados

com assiduidade, dedicação e desinteresse.

Não preciso lembrar-vos os vossos deveres para com a Santa Casa, porque, membro do seu corpo clinico, conheceis o nosso regulamento, as nossas praxes e as nossas tradições. Já estaes portanto habituado ao respeito ás disposições da nossa lei interna, á obediencia, á hierarchia dos vossos superiores dentro desta casa.

E porisso que vós bem nos conheceis e que bem nós vos conhecemos, como profissional intelligente e culto, disciplinado e certamente disciplinador, honesto e leal, tenho a certeza de que, no novo e mais alto posto a que o vosso esforço e o vosso merecimento vos elevaram, viveremos na mais perfeita harmonia, na melhor camaradagem que, cada vez mais se firmará, pelo mutuo respeito, pela consideração e pela estima que sempre vos ligou á administração da Santa Casa.

Dominados por estes amistosos sentimentos, aqui estão o dedicado mordomo do Hospital Central e o seu director clinico, para vos dar a posse do cargo de chefe da 3.^a Clinica Cirurgica do Hospital Central, que neste momento entregamos á vossa esclarecida e competente direcção, com os melhores votos pela vossa felicidade pessoal e pelo maior brilho de vossa actuação neste Hospital.

Antes de terminar, quero agradecer ao nosso illustre chefe de clinica, sr. dr. Zepherino do Amaral, os optimos serviços prestados á Santa Casa, durante a sua interinidade na direcção desta enfermaria, que vem augmentar a nossa divida de gratidão para com aquelle nosso prezado e antigo companheiro.

Respondeu o dr. Alipio Correa Netto agradecendo as referencias do director clinico e traçando o plano de sua actuação como chefe daquella clinica.

Ampliação do Hospital S. Luiz Gonzaga. — Realizou-se no dia 30 de Dezembro p.p. em Jaganá, ás 10 horas, a cerimonia do lançamento da pedra fundamental das novas obras com que se ampliarão as installações do hospital São Luiz Gonzaga. Estiveram presentes ás solennidades,

os srs. Armando de Salles Oliveira, governador do Estado, Piza Sobrinho, Sylvio Portugal e Cantidio de Moura Campos, titulares das pastas da Agricultura, Justiça e Educação, respectivamente, general Almerio de Moura, commandante da 2.^a Região Militar d. José Gaspar de Affonseca e Silva, bispo-auxiliar da archidiocese, representantes de demais autoridades civis e militares, da imprensa, directores da Santa Casa e numerosa assistencia, onde se destacavam varios medicos, figuras de relevo na nossa sociedade e membros das classes conservadoras.

Iniciando as cerimoniaes, dr. José G. de Affonseca e Silva procedeu á leitura da acta do lançamento da pedra fundamental das obras dos tres novos pavilhões que serão erguidos juntos ao Hospital S. Luiz Gonzaga. Depois de lida, a acta recebeu a assignatura do governador do Estado, dos secretarios de Estado presentes e de varias autoridades ecclesiasticas e civis.

Em seguida, d. José Gaspar lançou a bengam á urna que contém a pedra fundamental, que foi, depois, collocado no lugar preparado. O governador do Estado, logo depois, depositou a primeira pí de cimento na base onde a urna foi assentada, depois de encerrada, contendo a acta lida pouco antes aos presentes.

Finda essa cerimonia, o dr. Synesio Rangel Pestana, director da Santa Casa de S. Paulo, tomou a palavra e iniciou o seu discurso agradecendo a presença do governador do Estado. Falou, em seguida, da satisfação dos membros da irmandade da Santa Casa, pois a construção dos novos pavilhões, com capacidade para duzentos leitos, para o Hospital S. Luiz Gonzaga era uma sua velha aspiração, que não podiam realizar por lhes faltarem os necessarios recursos.

O orador, depois, fez um historico dos esforços envidados nestes ultimos quarenta annos, em S. Paulo, para o combate á tuberculose. E diz:

"Além do "Dispensario Clemente Ferreira", cujos grandes serviços orientados pelo seu benemerito fundador, nunca serão bastante exaltados, sómente a Santa Casa de S. Paulo se interessou pela sorte dos tuberculosos pobres do Estado, abrigan-

do-os n'um pavilhão do Hospital Central e mais tarde, no "Sanatorio Vicentina Aranha", de S. José dos Campos.

O pequeno pavilhão superlotado com 50 leitos, sem as condições exigidas pela technica hospitalar, por ser unico no Estado, passava a ser optimo, porque o que lhe faltava de conforto e de qualidade technicas, era compensado pelo carinho com que eram recebidos e tratados os doentes que vinham de toda a parte, pela alimentação farta e reconfortante, pela medicação symptomatica, unica que as condições locais permitiam, verdadeiros milagres de abnegação e boa vontade, dos medicos e enfermeiros daquelle serviço e das irmãs de caridade responsaveis pelo seu funcionamento.

Só a Santa Casa de S. Paulo, para cujas enfermarias e ambulatorios affluíam de todos os recantos do Estado, ás dezenas, os doentes portadores de peste branca, podia aquilatar da indigencia dos nossos recursos e portanto da necessidade premente, urgente, de iniciar uma campanha energica em favor do bom combate á terrivel endemia. Os cinquenta leitos do pavilhão provisorio, cujo character de transitoriedade se prolongou por mais de 30 annos, não bastavam para as necessidades de S. Paulo e porisso, contra a nossa vontade e provocando o nosso protesto, todas as enfermarias do Hospital Central abrigavam tuberculosos em criminosa promiscuidade com doentes de outras molestias, cuja resistencia diminuida facilitava o contagio do morbo devastador. Esse crime, cujo perdão está na intenção altruistica de, com o mal sabido, evitar mal maior, qual o de deixar morrer ao abandono, a pobre victima da falta de assistencia aos doentes indigentes de nossa terra".

Descreve as scenas dramaticas que se passavam nas enfermarias da Santa Casa, por falta de leitos, lembrando então, as primeiras iniciativas e suggestões para que se desenvolvessem os movimentos tendentes a angariar fundos para a construção de hospitaes com proporções para abrigar os enfermos que accorriam á capital, em busca de leito e detratoamento. Proseguindo, o orador diz:

"D'ahi nasceu a iniciativa de uma campanha de caridade que foi coroada de brilhantissimo successo, em 1929 — a "Semana da Santa Casa". Da quantia angariada, que excedeu de dois mil e trezentos contos, resolveu a Mesa Administrativa, por suggestão minha, destinar mil contos para a construcção de um hospital para tuberculosos. Atacada essa obra, cujo custo se elevou a seiscentos e poucos contos, surgiu aos nossos olhos commovidos este Hospital S. Luiz Gonzaga, infelizmente para 100 leitos somente, porque os recursos para sua manutenção, não os tinha a nossa Irmandade nem para aquelle numero de leitos.

Felizmente, um d'aquelles ephemerios governos, quasi sempre interinos, de após 1930, servido por um honrado e intelligente militar, ouviu o nosso appello, attendeu á nossa solicitação, consignando no orçamento de 1932, quando terminaram as obras do novo hospital, uma dotação de 300 contos, que foi conservada pelos governos que se seguiram ao do General Manuel Rabello até o governo actual que se tem notabilizado por diversas iniciativas louvaveis, especialmente no terreno de hygiene e da instrucção publica e cuja sábia e criteriosa orientação nos serviços de assistencia aos necessitados, se vem caracterizando pela incentivação e pelo auxilio do Estado ás instituições de iniciativa privada".

O dr. Synesio Rangel Pestana fala depois dos auxilios officiaes destinados ao combate da tuberculose, dizendo :

"Para augmento da lotação do Sanatorio "Vicentina Aranha" de S. José dos Campos, resolveu v. exa. destinar 300 contos de réis de accôrdo com a resolução do Conselho de Assistencia Hospitalar para construcção de 100 leitos novos, destinados aos doentes da Zona Norte do Estado, desde Mogy das Cruzes até Bananal. Ha pouco tempo, recebemos da Commissão de Assistencia Hospitalar do Estado, por iniciativa do seu eminente presidente, o sr. professor dr. Rezende Puech e approvação do sr. colendo Conselho, a quantia de vinte e cinco contos de réis, para ampliação do Ambulatorio anexo ao Hospital S. Luiz Gonzaga, cujas

obras serão iniciadas ao mesmo tempo que as do augmento do Hospital".

Depois de se estender sobre outros aspectos do problema, citando interessantes dados e pormenores, o orador, após agradecer a cooperação do governo para a solução de tão importante problema social, dá por terminado o seu discurso.

Em resposta, usou da palavra o dr. Cantidio de Moura Campos, secretario da Educação e Saude Publica, que, em nome do governo de São Paulo, se congratulou com a Irmandade da Santa Casa de Misericordia, affirmando que o poder executivo paulista vê naquella benemerita instituição o centro irradiador da Assistencia Hospitalar do nosso Estado e, agora, notadamente, da campanha contra a tuberculose.

Terminada a rapida oração do secretario da Educação e Saude Publica, a palavra foi dada ao dr. Clemente Ferreira, figura de primeira plana em todos os movimentos ençados em nossa capital para enfrentar a obra destruidora da "peste branca".

O illustre medico, principia fazendo uma referencia ao elevado numero de mortes causadas, no Estado, pela tuberculose, comparando-o com os obtidos verificados em consequencia do cancer, outra enfermidade de caracter endemico, constituindo, por sua vez, outro sério problema a ser solucionado. Entretanto, a tuberculose supera, em numero de mortes, o cancer, pois, entre 1925 e 1929, succumbiram aos golpes dessa doença, 19.980 pessoas, ao passo que aquella outra enfermidade matou 4.967 atacados, portanto, cerca de nove vezes menos. E cumpre notar que esses dados não exprimem a verdade, geralmente a tuberculose é encobrida com outros rotulos, por se tratar ainda hoje, no Brasil, de molestia vergonhosa e secreta.

Proseguindo, o dr. Clemente Ferreira passa a estudar as realizações dos paizes estrangeiros, com o fim de combater essa molestia e evitar que ella grasse com maior intensidade, ceifando milhões de victimas, atacando, assim, profundamente a sociedade humana, do modo mais doloroso que ella poderia ser atacada.

O orador, proseguindo, fala com meticulosidade das deficiencias do nosso aparelhamento sanitario, principalmente no que se refere á defesa contra a tuberculose. Nesse terreno estamos ainda no principio, quasi que completamente impossibilitados de uma acção mediocremente efficiente. Não possuímos os necessarios meios technicos, nem recursos sufficientes, nem um relativo numero de leitos, instituições e laboratorios onde pudéssemos coordenar os precisos esforços para enfrentar tão terrivel peste. E, entretanto, a tuberculose é um problema alarmante, sob todos os pontos de vista.

Mais adiante, o orador diz textualmente :

"Inútil é dizer que as instituições anti-tuberculosas deverão ter o maximo de aparelhamento, dotadas de um corpo clinico de especialistas, treinados no serviço medico-cirurgico, o que quer dizer que poucos municipios poderão dispôr de recursos para installar e manter instituições que satisficam plenamente, convindo, pois, que todos se solidarisem para levar a bom termo o preparo de hospitaes especializados e sanatorios em condições de prestar os mais uteis serviços do ponto de vista do diagnostico, da therapeutica e da prophylaxia".

Encarando, a seguir, as ultimas realizações feitas em S. Paulo, em prol da nossa defeza, diz o dr. Clemente Ferreira :

"Agora, com o opportuno e sufficiente auxilio do governo do Estado, que se acha empenhado em intensificar a campanha contra a maior das doencas, entrando na phase das realizações, vae ella iniciar, como hoje inicia, uma proficua ampliação deste estabelecimento, permitindo elevar a lotação a 300 doentes — mais 200 leitos —, além de crear uma secção hospitalar para crianças, até esta data sem um unico local de acolhida e assistencia institucional em S. Paulo, tendo, apenas, desde maio do anno corrente, um modesto centro de exames e cuidados especializados, no pequeno ambulatorio installado pela Liga Paulista contra a Tuberculose, nesta capital".

Com mais algumas palavras, em que o orador se declara jubiloso com o rumo que vae tomando tão necessaria campanha, congratulando-se com o governo do Estado e com a mesa directora da Santa Casa, o dr. Clemente Ferreira encerra o seu discurso.

Por ultimo reforçando as palavras de agradecimento dos membros componentes da Mesa Administrativa da Santa Casa ao governo Paulista usou da palavra o dr. Antonio de Padua Salles.

Escola de Medicina Veterinaria

Realizou-se no dia 27 de Dezembro p.p., a festa de formatura dos doutorandos de 1935 da Escola de Medicina Veterinaria de S. Paulo.

No salão Trocadero, do Centro do Professorado Paulista, realizou-se a solennidade de collação de grau dos novos medicos veterinarios.

Presidiu a solennidade o sr. dr. Luiz Piza Sobrinho, secretario da Agricultura, tendo comparecido, em nome do governo do Estado, o sr. capitão João de Quadros, ajudante de ordens, e varios representantes das altas autoridades.

Aberta a sessão, fez uso da palavra o orador da turma, doutorando Quineu Corrêa. Seguiu-se a oração do paranympho, dr. René Straunard.

São os seguintes os componentes da turma de 1935, da Escola de Medicina Veterinaria de São Paulo : Virginie Buff, Adolpho Bueno Pamplona, Anisio Ferreira Filho, Alvaro da Silva Braga, Edmundo Seixas Martinelli, Ernesto Antonio Matera, Ewaldo E. Trapp, Francisco de Paula Assis, Fidelis Alves Netto, Joaquim Gomes Escobar, Justino Antunes de Oliveira, Mario D'Apice, Nelson Monici, Oswaldo Fabbri, Olyntho Araujo, Oswaldo Leme, Paulo de Castro Bueno, Plinio Pinto e Silva, Quineu Corrêa, Raphael de Castro Bueno, Rolando Cury, Sebastião Nicolau Piratininga, Tullio Malzoni e Vicente Octavio Guida.

TRATADO DE ANATOMÍA SISTEMÁTICA

por el

Dr. Julius Tandler

Esta obra resulta, por su magnífica ilustración, un verdadero Atlas de anatomía descriptiva. En cuanto al texto, huelga decir que nada tiene que envidiar al de los tratados más celebrados escritos sobre esta rama de la Medicina, pues es claro, correcto y conciso, y propio no solamente para los que comienzan el estudio de la ciencia anatómica, sino para los que ya están versados en ella.

Cuatro tomos en cuarto, con un total de 1.848 páginas y 1.228 figuras.

RONTGENDIAGNOSTICO

por

H. R. Schinz, W. Baensch y E. Friedl

La presente obra, que viene a llenar una gran laguna, es altamente didáctica, y tanto por la magnitud de la materia como por la abundancia de la ilustración gráfica que la aclara, constituye un tratado completo y acabado de diagnóstico radiológico.

Dos tomos en cuarto, ilustrados con 2.303 grabados y 5 láminas.

ATLAS DE UROGRAFIA

por el

Dr. A. Puigvert Gorro

Sin tener nada que envidiar a los mejores, y aun sobrepujándolos en algún aspecto, aparece hoy en la literatura médica española el documentado «Atlas de Urografía» del doctor A. Puigvert, primero de su especie en España.

Un tomo en cuarto, de 74 páginas y 290 láminas en negro y color.

CIRUGIA Tratado teórico-práctico de Patología y Clínica quirúrgicas

publicado bajo la dirección del doctor

W. W. KEEN

El tratado de Cirugía publicado por el doctor W. W. Keen comprende las últimas enseñanzas con que los tiempos modernos, especialmente los de la guerra mundial pasada, han contribuido poderosamente al progreso de la ciencia quirúrgica en general.

Ocho tomos, con un total de 8.958 págs., 4.032 grabados y 89 láms.

Dirija sus pedidos a cualquiera de las principales Librerías de São Paulo o a

SALVAT EDITORES, S. A. 41-Calle de Mallorca-49 : BARCELONA

